

**МИНИСТЕРСТВО ЮСТИЦИИ РЕСПУБЛИКИ  
УЗБЕКИСТАН**

**ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЮРИДИЧЕСКИЙ  
ИНСТИТУТ**

**Э.С.ШАМСИЕВ, А.И.ИСКАНДАРОВ, Р.А.ЗУФАРОВ, В.К.ТАЛИМБЕКОВА**

# **СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА**

**СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА  
СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ  
СУДЕБНАЯ НАРКОЛОГИЯ  
СУДЕБНАЯ СЕКСОЛОГИЯ**

**Учебник для вузов**

**Издание второе, дополненное**

**Под общей редакцией профессора  
кафедры криминалистики Ташкентского  
Государственного юридического  
института**

**д.м.н. Шамсиева Э.С.**

**Ташкент – 2003**

**Рекомендовано Координационным Советом при Министерстве высшего и специального образования Республики Узбекистан в качестве учебника для студентов высших учебных заведений, обучающихся по юридическим специальностям и направлениям**

**Рецензенты:** *З.А.Гиясов* – начальник Главного бюро судебно-медицинской экспертизы МЗ РУз, доктор медицинских го института усовершенствования врачей, доктор медицинских наук, главный нарколог МЗ Руз. наук, профессор; *У.Х.Алимов* – заведующий кафедрой психиатрии и психотерапии Ташкентского института усовершенствования врачей

**Шамсиев Э.С., Искандаров А.Е., Зуфаров Р.А., Талимбаева В.К.**

**Судебная медицина** (судебная медицина, судебная психиатрия, судебная наркология, судебная сексология): Учебник для вузов.- Т.: ТГЮИ, 2003.-452 с.:ил.

В учебнике освещены вопросы, знания которых необходимы юристу для его работы с судебными медиками, психиатрами, наркологами, сексопатологами. Авторами включены только необходимые сведения из медицинской науки и практики. Учебник знакомит читателя с комплексом знаний по различным разделам судебно-медицинских дисциплин на современном уровне, написан простым, доступным языком и содержит достаточное количество иллюстраций. Для оценки уровня усвоения материала в конце учебника приводятся контрольные тесты.

Учебник предназначен студентам юридических институтов, юридических факультетов университетов, слушателей академии МВД, преподавателям и практикующим юристам.

Ушбу дарсликда юристларни суд тиббиёти экспертлар, психиатрлар, наркологлар, сексопатологлар билан ҳамкорлигида ишлаш учун керакли булган масалалар ёритилган. Муаллифлар томонидан дасрликка тиббиёт Фани ва амалиётдан керакли маълумотлар киритилган. Дарсликда турли суд-тиббиёт фанлари ёритилган ва расмлар курсатилган. Хар бир бобни якунида билимларни назорат қилиш учун саволлар берилган.

Дарслик юридик институт талабалари, ИИБ академия тингловчилари, уқитувчи ва юристлар учун мулжалланган.

In textbook taking up questions of forensic medicine: forensic medicine, forensic psychiatry, forensic narcology and forensic sexology, which study medical questions in jurisprudence. The making an expert examination is based on achievements of medicine and other sciences, which studies mechanisms of damages of human body, man psychology or influences, which cause death. In textbook collect information from all literature about forensic medicine, which is important for practical jurisprudence. Authors included only necessary information from medical sciences and practice. The textbook contains much useful information on forensic medicine and sufficient number of illustrations.

The textbook destines for students of law, lecturer, listeners of Ministry of Internal Affairs and jurists.

**Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме без письменного разрешения авторов.**

**УДК:340.6: 340.63: 616.89-008.441.13: 613.885**

© Ташкентский Государственный юридический институт  
Ташкентский институт усовершенствования врачей

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие .....	18
-------------------	----

### ЧАСТЬ I СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА

<b>ГЛАВА 1. Судебно-медицинская экспертиза и ее задачи</b> .....	21
Организация судебно-медицинской экспертизы в Республике Узбекистан .....	21
Структура судебно-медицинской экспертизы .....	24
Причинно-следственные взаимоотношения в судебно-медицинской экспертизе .....	26
Судебно-медицинский эксперт, его права и обязанности .....	32
Вопросы профессиональной этики и деонтологии при проведении судебно-медицинской экспертизы .....	33
<b>ГЛАВА 2. Судебно-медицинская экспертиза живых лиц</b> .....	37
Судебно-медицинская экспертиза несмертельных повреждений .....	38
Виды судебно-медицинской экспертизы живых лиц .....	40
Назначение и проведение судебно-медицинской экспертизы по делам о правонарушении медицинских работников .....	49
<b>ГЛАВА 3. Судебно-медицинская травматология</b> .....	55
Виды травматизма, орудия и оружия .....	55
Виды и особенности телесных повреждений .....	56
Особенности повреждений в зависимости от их происхождения .....	61
Повреждения тупыми твердыми предметами .....	61
Повреждения при падении с высоты .....	65
Повреждения транспортными средствами .....	66
Повреждения острыми орудиями и оружием .....	75
<b>ГЛАВА 4. Огнестрельные повреждения</b> .....	81
Особенности огнестрельной раны .....	85
Повреждения от взрыва снарядов и взрывчатых веществ .....	89
Повреждения дробовым оружием .....	90
Повреждения газовым оружием .....	91
Повреждения, причиненные самодельным оружием .....	91
Повреждения, причиненные атипичным оружием .....	92
Повреждения, причиненные метательным оружием .....	92
Особенности судебно-медицинской экспертизы огнестрельных повреждений .....	93
<b>ГЛАВА 5. Смерть и трупные изменения. Судебно-медицинское исследование трупа</b> .....	95
Определение причины смерти и давности ее наступления .....	95
Эвтаназия и ее юридическое значение .....	100
Трупные изменения .....	103
Поводы и задачи судебно-медицинского исследования трупа .....	116
Исследование трупа .....	116
Первоначальный осмотр трупа на месте его обнаружения .....	118
Судебно-медицинское исследование трупа в морге .....	120
<b>ГЛАВА 6. Повреждения и смерть от различных факторов</b> .....	130
Отравления ядами .....	130

Наиболее типичные отравления .....	132
Отравление этиловым алкоголем.....	132
Отравления суррогатами алкоголя .....	134
Отравления едкими ядами .....	137
Отравления другими ядами .....	139
Судебно-медицинская экспертиза отравлений .....	144
Повреждения, вызванные физическими воздействиями .....	146
Повреждения, вызванные действием высоких температур.....	146
Повреждения, вызванные действием низких температур.....	151
Повреждения от действия технического и атмосферного электричества .....	153
Повреждения при изменениях атмосферного давления .....	157
Повреждения от действия ионизирующего излучения.....	160
<b>ГЛАВА 7. Повреждения и смерть от кислородного голодания .....</b>	<b>164</b>
Повешение.....	166
Удушение петлей .....	169
Удушение руками .....	170
Компрессионная асфиксия .....	171
Обтурационная асфиксия .....	172
Утопление .....	174
<b>ГЛАВА 8. Судебно-медицинская экспертиза вещественных доказательств .....</b>	<b>179</b>
Изъятие вещественных доказательств .....	180
Проведение судебно-медицинских экспертиз .....	187
Судебно-медицинская экспертиза в комплексном исследовании вещественных доказательств .....	198

## **ЧАСТЬ II СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ**

### **РАЗДЕЛ ПЕРВЫЙ ОБЩИЕ ВОПРОСЫ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ**

<b>ГЛАВА 1. Предмет и задачи судебной психиатрии .....</b>	<b>202</b>
Организация судебно-психиатрической экспертизы.....	203
Виды и проведение судебно-психиатрических экспертиз .....	209
Эксперт-психиатр, его права и обязанности.....	217
Заключение судебно-психиатрической экспертизы и его оценка следственными органами.....	218
<b>ГЛАВА 2. Проблема невменяемости .....</b>	<b>220</b>
Теория проблемы невменяемости .....	220
Формула невменяемости .....	221
Общественно опасные действия психически больных.....	222
Медицинские меры в отношении лиц, признанных психически больными .....	224
<b>ГЛАВА 3. Судебно-психиатрическая экспертиза свидетелей и потерпевших ....</b>	<b>229</b>
<b>ГЛАВА 4. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе .....</b>	<b>234</b>
Понятие правоспособности, дееспособности, недееспособности .....	234
Различие недееспособности и невменяемости .....	236
Виды судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе.....	237

<b>ГЛАВА 5. Особенности судебно-психиатрической экспертизы несовершеннолетних.....</b>	<b>239</b>
--	------------

## **РАЗДЕЛ ВТОРОЙ ЧАСТНАЯ СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ**

<b>ГЛАВА 6. Основные формы нарушений психической деятельности и их характерные проявления .....</b>	<b>244</b>
Причины психических заболеваний.....	244
Симптомы и симптомокомплексы психических заболеваний.....	246
Основные синдромы психических заболеваний.....	255

<b>ГЛАВА 7. Основные формы психических заболеваний и их судебно-психиатрическая оценка .....</b>	<b>263</b>
Неврозы .....	263
Реактивные психозы .....	265
Психопатии .....	272
Эпилепсия .....	275
Психические расстройства при травмах головного мозга.....	277
Олигофрениа.....	278
Психические расстройства в старческом возрасте.....	280
Шизофрения .....	286
Острые и транзиторные психотические расстройства.....	288
Маниакально-депрессивный психоз .....	290
Нейросифилис.....	292
Энцефалиты .....	294
Исключительные состояния .....	296

<b>ГЛАВА 8. Симуляция и дисимуляция психических расстройств .....</b>	<b>302</b>
---	------------

## **ЧАСТЬ III СУДЕБНАЯ НАРКОЛОГИЯ**

### **РАЗДЕЛ ПЕРВЫЙ ОБЩИЕ ВОПРОСЫ НАРКОЛОГИИ**

<b>ГЛАВА 1. Распространение наркомании и борьба с наркобизнесом в Республике Узбекистан .....</b>	<b>314</b>
<b>ГЛАВА 2. Предмет и задачи наркологии.....</b>	<b>320</b>
<b>ГЛАВА 3. Некоторые вопросы терминологии в наркологии .....</b>	<b>323</b>
<b>ГЛАВА 4. Законодательные меры по борьбе с алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями в Республике Узбекистан.....</b>	<b>328</b>
<b>ГЛАВА 5. Особенности проведения судебно-наркологической экспертизы.....</b>	<b>333</b>

### **РАЗДЕЛ ВТОРОЙ ЧАСТНАЯ НАРКОЛОГИЯ**

<b>ГЛАВА 6. Алкоголизм.....</b>	<b>339</b>
Причины алкоголизма.....	339
Простое алкогольное опьянение .....	340
Измененные картины опьянения .....	342
Патологическое опьянение.....	343

Хронический алкоголизм.....	346
Алкогольные психозы .....	355
Судебно-наркологическая экспертиза при алкоголизме .....	360
<b>ГЛАВА 7. Наркомании</b> .....	362
Злоупотребление наркотическими веществами и пристрастие к употреблению .....	363
Клинические формы .....	364
Опийные наркомании .....	365
Наркомании, вызванные препаратами конопли .....	369
Эфедриновая наркомания .....	372
Кокаиновая наркомания.....	373
Наркомания, обусловленная галлюциногенами .....	375
Наркомании, обусловленные анаболическими стероидами .....	376
<b>ГЛАВА 8.Токсикомании</b> .....	378
Общие представления .....	378
Клинические формы.....	378
Токсикомании, вызванные седативно-снотворными средствами.....	379
Токсикомании при злоупотреблении летучими органическими соединениями.....	383
Токсикомании, обусловленные злоупотреблением стимуляторов.....	384
Токсикомании при злоупотреблении галлюциногенами.....	386
<b>ГЛАВА 9. Полинаркомании и политоксикомании</b> .....	387
Общие понятия и терминология .....	387
<b>ГЛАВА 10. Судебно-медицинская экспертиза наркологических заболеваний</b> .....	390

## **ЧАСТЬ IV СУДЕБНАЯ СЕКСОЛОГИЯ**

<b>ГЛАВА 1. Сексуальная патология</b> .....	396
Классификация сексуальных расстройств .....	396
Причины возникновения сексуальных нарушений .....	399
Описание сексуальных нарушений .....	402
Нарушения течения сексуальной жизни у мужчин.....	403
Нарушения течения сексуальной жизни у женщин .....	404
Нарушения течения сексуальной жизни у обоих полов.....	405
Нарушения оргазма .....	406
Нетипичное сексуальное поведение .....	407
Нарушения половой аутоидентификации .....	410
Девиантные тенденции .....	411
Сексуальные девиации .....	411
<b>ГЛАВА 2. Сексуальная преступность</b> .....	419
Распространенность сексуальной преступности .....	420
Факторы, влияющие на сексуальную преступность .....	420
Личность сексуальных преступников .....	423
Девиации и сексуальная преступность .....	424
Виды сексуальных преступлений .....	425
<b>ГЛАВА 3. Особенности работы эксперта-сексолога</b> .....	433
Юридические аспекты .....	433

Анализ материалов дела .....	436
Заключение эксперта-психолога в ходе судебно-сексологической экспертизы .....	438
Судебно-сексологическое заключение .....	439
Эксперт в зале судебного заседания .....	441
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ .....</b>	<b>445</b>
<b>ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ.....</b>	<b>448</b>

## МУНДАРИЖА

Кириш .....	18
-------------	----

### 1 ЁИСМ СУД ТИББИЁТИ

<b>1 боб. Суд-тиббий экспертизаси ва унинг масалалари</b> .....	21
Ўзбекистон Республикасида суд-тиббий экспертизасини ташкили.....	21
Суд-тиббий экспертизасини тузилиши .....	24
Суд-тиббий экспертизада сабаб-оқибатли боғланиш .....	26
Суд-тиббий эксперти, унинг суусе ва вазибалари .....	32
Суд-тиббий экспертизасини утказишда касб этика ва деонтологияси масалалари.....	33
<b>2 боб. Тирик шахсларни суд-тиббий экспертизаси</b> .....	37
Хаётга хавфсиз булган жарохатларни суд-тиббий экспертизаси .....	38
Тирик шахсларни суд-тиббий экспертизасини турлари .....	40
<b>3 боб. Суд-тиббий травматологияси</b> .....	55
Травматизм, асбоб ва суруллар турлари .....	55
Тана жарохатларни турлари ва хусусиятлари .....	56
Келиб чиеиш сабабларига сараб жарохатларни хусусиятлари .....	61
Ўтмас саттие нарсалардан шикастланиш .....	61
Баланддан йеисилишдаги шикастланиш.....	65
Транспорт воситаларидан шикастланиш .....	66
Ўткир асбоб ва суруллардан шикастланиш .....	75
<b>4 боб. Ўсотар жарохатлар</b> .....	81
Ўе яра хусусиятлари.....	85
Портлаш снарядлар ва портлаш воситалардан олинган жарохатлар .....	89
Газ курулдан олинган жарохатлар .....	90
Ясама сурулдан олинган жарохатлар .....	91
Атипик сурулдан олинган жарохатлар .....	92
Отиш сурулдан олинган жарохатлар .....	92
Ўсотар жарохатларни суд-тиббий экспертизасини хусусиятлари.....	93
<b>5 боб. Ўлим ва мурдига оид ўзгаришлар.</b>	
<b>Мурданинг суд-тиббий экспертизаси.</b> .....	95
Ўлимга олиб келган сабабларини анислаш.....	95
Эвтаназия ва унинг юридик ахамияти.....	100
Мурдага оид ўзгаришлар .....	103
Мурданинг суд-тиббий экспертизаси сабаб ва масалалари .....	116
Мурданинг текшириш .....	116
Мурданинг топилган жойида бирламчи кўрик.....	118
Мурданинг моргдаги суд-тиббий экспертизаси .....	120
<b>6 боб. Жарохат ва улимга олиб келадиган турли омиллар</b> .....	130
Захарланиш .....	130
Энг типик захарланиш .....	132
Этил алкохолдан захарланиш .....	132
Алкохол сурурогатларидан захарланиш.....	134
Уювчи моддалардан захарланиш .....	137
Бошса моддалардан захарланиш .....	139

Захарланишнинг суд-тиббий экспертизаси .....	144
Физик таъсиридаги жароҳатлар .....	146
Баланд харорат таъсири натижасидаги жароҳатлар .....	146
Паст харорат таъсири натижасидаги жароҳатлар .....	151
Техник ва атмосфера электри таъсиридаги жароҳатлар.....	153
Атмосфера босими узгаришини таъсири .....	157
Ионизалашган нурланиш таъсири .....	160
<b>7 боб. Жароҳат ва ўлимга олиб келадиган кислород етишмаслиги .....</b>	<b>164</b>
Осиш .....	166
Илмоё билан бўйилмоё .....	169
Ўл билан бўйилмоё .....	170
Компрессион асфиксия .....	171
Обтурацион асфиксия .....	172
Чўкиш .....	174
<b>8 боб. Ашёвий далиллар суд-тиббий экспертизаси .....</b>	<b>179</b>
Ашёвий далилларни олиш .....	180
Суд-тиббий экспертизасини ўтказиш.....	187
Ашёвий далиллар комплекс ўрганишдаги суд-тиббий экспертизаси .....	198

## 2 СИСМ СУД ПСИХИАТРИЯСИ

### БИРИНЧИ БЎЛИМ

#### СУД ПСИХИАТРИЯСИНИ УМУМИЙ МАСАЛАЛАРИ

<b>1 боб. Суд психиатриясини фани ва масалалари .....</b>	<b>202</b>
Суд-психиатрия экспертизасини ташкили.....	203
Суд-психиатрия экспертизасини турлари ва ўтказилиши .....	209
Эксперт-психиатр, унинг суёе ва вазибалари.....	217
Суд-психиатрия экспертизасини хулосаси ва уни тергов идоралари томонидан басолаш .....	218
<b>2 боб. Акл норасолик муаммоси .....</b>	<b>220</b>
Акл норасолик муаммосини теорияси.....	220
Акл норасолик формуласи.....	221
Русий беморларни жамиятга хавфли саракатлари.....	222
Русий бемор деб танилган шахсларга тиббий тадбирлар еўллаш .....	224
<b>3 боб. Гувослар ва жабрланганларни суд-психиатрия экспертизаси .....</b>	<b>229</b>
<b>4 боб. Фукаролик процессида суд-психиатрия экспертизаси .....</b>	<b>234</b>
Хуёудорлик, муомала лаёкатига эгалик, лаёеатсизлик тушунчалари .....	234
Лаёеатсизлик ва акл норасоликни фареланиши .....	236
Фукаролик процессида суд-психиатрия экспертизасини турлари .....	237
<b>5 боб. Воёа етмаганларни суд-психиатрия экспертизасини хусусиятлари .....</b>	<b>239</b>

### ИККИНЧИ БЎЛИМ

## ХУСУСИЙ СУД ПСИХИАТРИЯСИ

<b>6 боб. Русий жараёнининг бузилишини асосий турлари ва уларнинг белгиллари</b> .....	244
Русий касалликларни сабаблари .....	244
Русий касалликларни симптом ва симптомокомплекслари .....	246
Русий касалликларни асосий синдромлари .....	255
<b>7 боб. Русий касалликларнинг асосий турлари ва уларнинг суд-психиатрик басолаш</b> .....	263
Неврозлар .....	263
Реактив психозлар .....	263
Психопатиялар .....	272
Эпилепсия.....	275
Бош мия жароҳатларидаги русий ўзгаришлар .....	277
Олигофрения .....	278
Карилик ёшидаги русий бузилишлар .....	280
Шизофрения .....	286
Ўткир ва транзитор психотик бузилишлар .....	288
Маниакал-депрессив психози.....	290
Нейросифилис .....	292
Энцефалитлар .....	294
Masyc солатлар .....	296
<b>8 боб. Русий бузилишларни симуляция ва дисимуляцияси</b> .....	302

## 3 ЁИСМ СУД НАРКОЛОГИЯСИ

### БИРИНЧИ БЎЛИМ

#### НАРКОЛОГИЯНИНГ УМУМИЙ МАСАЛАЛАРИ

<b>1 боб. Ўзбекистон Республикасида гиёсвандликни таралиши ва наркотибизнесга сарши кураш</b> .....	314
<b>2 боб. Наркология предмети ва вазибалари</b> .....	320
<b>3 боб. Наркологик касалликларни клиник белгиллари ва терминологияси</b> .....	323
<b>4 боб. Ўзбекистон Республикасида ичкилибозликка, гиёсвандликка ва токсикоманияларга сарши курашда сонуний тадбирлар</b> .....	328
<b>5 боб. Суд-наркологик экспертизасини ўтказиш хусусиятлари</b> .....	333

### ИККИНЧИ БЎЛИМ

#### ХУСУСИЙ НАРКОЛОГИЯ

<b>6 боб. Ичкилибозлик</b> .....	339
Ичкилибозликни сабаблари .....	339
Оддий ичкилибозлик .....	340
Ичкилибозликни ўзгарган турлари .....	342
Патологик ичкилибозлик .....	343
Сурункали ичкилибозлик .....	346

Алкогол психозлар .....	355
Ичкилибозликни суд-наркологик экспертизаси .....	360
<b>7 боб. Гиёхвандлик .....</b>	<b>362</b>
Наркотик мода .....	363
Клиник турлари .....	364
Опий туркумидаги наркоманиялар .....	365
Нашавандлик .....	369
Кокаин наркоманияси .....	372
Эфедрин наркоманияси .....	373
Галлюциноген наркоманияси .....	375
Анаболик стероидлар наркоманияси .....	376
<b>8 боб. Токсикоманиялар .....</b>	<b>378</b>
Умумий тушунча .....	378
Клиник турлари .....	378
Седатив-ухлатувчи дорилар токсикоманияси .....	379
Уткир хидли органик бирикмалар токсикоманияси .....	383
Стимуляторлар токсикоманияси .....	384
Галлюциноген токсикоманияси .....	386
<b>9 боб. Полинаркоманиялар ва политоксикоманиялар .....</b>	<b>387</b>
Умумий тушунчалар ва терминология .....	387
<b>10 боб. Наркологик касалликларни суд-наркологик экспертизаси .....</b>	<b>390</b>

#### 4 ЁИСМ СУД СЕКСОЛОГИЯСИ

<b>1 боб. Сексуал патологияси .....</b>	<b>396</b>
Сексуал бузилишларни таснифи .....	396
Сексуал бузилишларни сабаблари .....	399
Сексуал бузилишларни тавсифи .....	402
Эркаларда сексуал саётнинг кечишидаги бузилишлари .....	403
Аёлларда сексуал саётнинг кечишидаги бузилишлари .....	404
Икки жинснинг сексуал саётнинг кечишидаги бузилишлари .....	405
Оргазмнинг бузилишлари .....	406
Атипик сексуал бузилишлар .....	407
Жинсий аутоидентификациясини бузилиши .....	410
Девиант тенденциялар .....	411
Сексуал девиациялар .....	411
<b>2 боб. Сексуал жиноятчилик .....</b>	<b>419</b>
Сексуал жиноятчиликни таралиши .....	420
Сексуал жиноятчиликка таъсир елувчи омиллар .....	420
Сексуал жиноятчини шахси .....	423
Девиациялар ва сексуал жиноятчилик .....	424
Сексуал жиноятларни турлари .....	425
<b>3 боб. Эксперт-сексолог ишини хусусиятлари .....</b>	<b>433</b>
Юридик томонлари .....	433
Суд ишига оид материалларини тазлили .....	436
Суд сексологик экспертизасида эксперт-психологни хулосаси .....	438

Суд-сексологик хулоса.....	439
Эксперт суд залида.....	441
<b>Илова</b> .....	<b>445</b>
<b>Предметли курсаткич</b> .....	<b>448</b>

## TABLE OF CONTENTS

Preface .....

### PART I

#### FORENSIC MEDICINE

**Chapter 1. Forensic medical examination and its objects.** .....

The basic organization of forensic medical examination in Republic of Uzbekistan .....

The structure of forensic medical examination .....

The causal and effective relationship in forensic medical examination .....

The forensic medical expert, his rights and responsibilities.....

The professional ethics and deontology in forensic medical examination .....

**Chapter 2. Forensic medical examination of living men.**.....

The forensic medical examination non-mortal injuries .....

The kinds of forensic medical examination of living men .....

**Chapter 3. Forensic medical traumatology.**.....

The kinds of traumatism, ordnance and arms.....

The kinds and features of physical injuries .....

Particularities of injuries depending on origin .....

Injuries by blunt hard ordnance .....

Injuries when falling from a height .....

Injuries by transport.....

Injuries by sharp ordnance and arms .....

**Chapter 4. Injuries by fire-arms.**.....

Injuries from effect by fire-arms .....

Types and kinds of fire-arms and cartridges, kinds of injuries by fire-arms.....

Particularities of bullet wounds .....

Injuries by explosion of shells and explosives .....

Injuries by home-made arm.....

Injuries by atypical arm .....

Injuries by missile weapon .....

Particularities of forensic medical examination of injuries by fire-arms .....

**Chapter 5. Death and putrid changes. Forensic medical examination of corpse.** .....

Determination the cause of death and prescription of its approach.....

Evtanaziya and its juridical means .....

Putrid changes .....

Occasions and objects of forensic medical examination of corpse .....

The corpse's examination.....

Primary examination of corpse on revealing .....

Forensic medical examination of corpse in morgue.....

**Chapter 6. Injuries and death from different factors** .....

Poisoning .....

The most typical poisoning .....

Ethyl alcohol poisoning .....

Alcohol substitute poisoning .....  
 Caustic poisoning .....  
 Other poisoning .....  
 Forensic medical examination of poisoning .....  
 Injuries occasioned by the force .....  
 Injuries occasioned by the effect by high temperature .....  
 Injuries occasioned by the effect by low temperature .....  
 Injuries from technical and atmospheric electricity .....  
 Injuries occasioned by changes atmospheric pressure .....  
 The injuring effect of ionizing radiation.....

**Chapter 7. Injuries and death from oxygen starvation.....**

Hanging .....  
 Strangling by noose .....  
 Strangling by hands .....  
 Asphyxia from compression.....  
 Asphyxia from obturation.....  
 Drowning .....

**Chapter 8. Forensic medical examination of material evidences.....**

Withdrawal of material evidences .....  
 Carrying out the forensic medical examination.....  
 Forensic medical examination in complex investigation of material evidences .....

**PART II**

**FORENSIC PSYCHIATRY SECTION FIRST**

**COMMON PROBLEMS OF FORENSIC PSYCHIATRY**

**Chapter 1. Subject and objects of forensic psychiatry.....**

The organization of forensic psychiatric examination.....  
 The kinds and carrying out the forensic psychiatric examination .....  
 Expert-psychiatrists, his rights and responsibilities .....  
 Findings of forensic psychiatric examination and its estimation by investigating agencies .....

**Chapter 2. The problem of diminished responsibility .....**

Theory of the problem of diminished responsibility .....  
 Formula of diminished responsibility.....  
 Public dangerous actions of mentally diseased .....  
 Medical measure in respect of recognized mentally diseased.....

**Chapter 3. Forensic psychiatric examination of witness and victims.....**

**Chapter 4. Forensic psychiatric examination in civil process .....**

Notion of legal capacity, capability, incapacity .....  
 Distinction the incapacity and diminished responsibility.....  
 Forms of forensic psychiatric examination in civil process .....

**Chapter 5. Particularities of forensic psychiatric examination of minors**

## SECTION SECOND

### PARTICULAR FORENSIC PSYCHIATRY

#### Chapter 6. Principal forms of mental disorders and their characteristic manifestation

Causes of mental diseases .....
Symptoms and symptomocomplex of mental diseases .....
The main syndroms of mental diseases .....

#### Chapter 7. Principal forms of mental diseases and their forensic psychiatric examination .....

Neurosis .....
Reactive psychosis.....
Psychopaties .....
Epilepsy .....
Mental disorders in traumas of brain .....
Oligophrenia .....
Mental disorders in senile age .....
Schizophrenia .....
Acute and transitor psychotic disorders .....
Maniacal-depressed psychosis.....
Neurosyphilis.....
Encephalitis .....
Exceptional states .....

#### Chapter 8. Simulation and dissimulation of mental disorders .....

## PART III

### FORENSIC NARCOLOGY SECTION FIRST

#### COMMON PROBLEMS OF NARCOLOGY

#### Chapter 1. Dissemination of drug addiction and struggle against narkobusiness in Republic of Uzbekistan .....

#### Chapter 2. Subject and objects of drug addictions .....

#### Chapter 3. Symptoms and terminology of drug abuse diseases .....

#### Chapter 4. Legislative measures in struggle against alcoholism, drug addiction and toxicomanies in Republic of Uzbekistan .....

#### Chapter 5. Particularities of carrying out of forensic narcological examination .....

### SECTION SECOND PARTICULAR NARCOLOGY

#### Chapter 6. Alcoholism .....

Causes of alcoholism.....
Simple alcoholic intoxication .....
Changing alcoholic intoxication.....
Pathological alcoholic intoxication .....

Chronic alcoholism.....  
 Alcoholic psychosis.....  
 Forensic narcological examination of alcoholism .....

**Chapter 7. Drug addiction**.....  
 The abuse of drugs and predilection for use.....  
 Clinical forms .....

Drug addiction of opium .....

Drug addiction of hemp.....

Drug addiction of cocaine.....

Drug addiction of ephedrine .....

Drug addiction of hallucinagens.....

Drug addiction of anabolic steroids.....

**Chapter 8. Toxicomanies** .....

Common notion .....

Clinical forms .....

Toxicomanies of sedatic-soporific draught .....

Toxicomanies of volatile organic compound .....

Toxicomanies of stimulants.....

Toxicomanies of hallucinagens .....

**Chapter 9. Polydrug use**.....  
 Common notion and terminology.....

**Chapter 10. Forensic medical examination of drug abuse diseases** .....

**PART IV**

**FORENSIC SEXOLOGY**

**Chapter 1. Sexual pathology**.....  
 The classification of sexual disorders.....  
 Causes of sexual disorders.....  
 Description of sexual disorders .....

Disorders of sexual needs.....

Impediments in realization of sexual needs.....

Disorders in sexual life of men.....

Disorders in sexual life of women.....

Disorders in sexual life of both sexes .....

Disorders of orgasm .....

Atypical sexual disorders.....

Disorders of sexual autidentification.....

Deviatical tendention.....

Sexual deviation .....

**Chapter 2. Sexual criminality**.....  
 Dissemination of sexual criminality .....

Factors which influencing on sexual criminality.....

Person of sexual criminals.....

Deviation and sexual criminality.....

Kinds of sexual offence .....

**Chapter 3. Features of work of expert-sexologist**.....

The juridical aspects .....

The analyses of materials of work.....

Findings of forensic sexological examination .....

**Supplement** .....

**The index**.....

## **Предисловие ко второму изданию**

Прошло полгода после выхода первого издания однако весь тираж давно разошелся. По мнениям многочисленных читателей, структура и форма изложения материала в данном учебнике, впервые использованная для изложения судебно-медицинских дисциплин, оказалось удачной и удобной для быстрого поиска нужного материала, как правило, достаточного для практических нужд. Такая структура учебника позволяет при необходимости расширить познания по тому или иному разделу судебной медицины. Об этом свидетельствовали отклики читателей: врачей и следователей, студентов — юристов и медиков, которые предпочитали этот учебник другим учебным пособиям. Хотя мы вновь напоминаем, что оно не заменяет другую специальную литературу и тем более руководство для специалистов. За это время вышли основополагающие для судебно-медицинской экспертизы документы, а также новые научные данные, изложенные в вышедших в эти годы монографиях.

Все это и привело к необходимости подготовки второго издания книги. В связи с этим появились новые вопросы, внесены изменения в изложенные ранее. В частности, расширены разделы, связанные с процессуальными нормами, экспертизой по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников, включено понятие «эвтаназия» и ее юридическое значение. Глава «Огнестельные повреждения» дополнена разделами по повреждениям дробовым и газовым оружием. Глава «Судебно-медицинская экспертиза вещественных доказательств» дополнена материалом по судебно-медицинской идентификации личности, а также приведены современные генетические методы исследования. Для удобства читателей оглавление перенесено в начало учебника, а аннотация изложена на русском, узбекском и английском языках.

Все вышеизложенное, по-нашему мнению, сделает учебник более содержательным и удобным для восприятия. Приносим большую благодарность многочисленным читателям за отзывы и замечания.

**Авторы**

*Посвящается 10-летию Конституции  
Республики Узбекистан*

## ПРЕДИСЛОВИЕ

При разрешении различных вопросов в работе правоохранительных органов как уголовного, так и гражданского характера важное, а зачастую определяющее значение имеет проведение различного ряда судебно-медицинских экспертиз.

Судебно-медицинские науки — медицинские дисциплины, изучающие и разрешающие вопросы медицинского характера, возникающие в правовой практике. Речь идет только о медицинском аспекте тех проблем, которые стоят перед работниками правоохранительных органов. Перед судебно-медицинским экспертом нельзя ставить вопрос, является ли смерть данного человека убийством, так как понятие «убийство» не медицинское, а правовое. Работники суда и следствия должны правильно ставить вопросы перед судебно-медицинской экспертизой, четко представляя себе пределы компетенции и возможности экспертов. Для этого они должны знать и понимать предмет судебно-медицинских специальностей, их задачи, структуру, методы и язык. Только зная эти специфические особенности, можно правильно оценить и зафиксировать повреждения тела на месте происшествия, грамотно отобрать вещественные доказательства, упаковать их и направить на соответствующую экспертизу, заподозрить неадекватную реакцию человека на следствии или в судебном заседании, оценить заключение судебно-медицинского эксперта.

В настоящее время в понятие судебные медицинские науки входит ее разновидности: судебная медицина, судебная психиатрия, судебная наркология, судебная сексология. Несмотря на то, что все они включаются в термин «судебная медицина», тем не менее все они представляют собой самостоятельные научные направления, имеющие специальный шифр специальности. В соответствии с этим самостоятельно проводятся судебно-медицинская, судебно-психиатрическая, судебно-наркологическая, судебно-сексологическая экспертизы. В Республике Узбекистан на сегодняшний день практически функционирует судебно-медицинская, судебно-наркологическая экспертизы, в составе судебно-психиатрической функционирует и судебно-психологическая экспертиза. Экспертиза половых преступлений рассматривается частично в судебно-медицинской экспертизе или судебно-психиатрической экспертизе, тогда как целесообразно создать независимую самостоятельную судебно-сексологическую экспертизу, как это принято во многих европейских странах.

Проведение всех видов экспертиз основываются на достижениях медицины, а также других наук - биологии, физики, химии, криминалистики в той их части, которая позволяет понять механизмы повреждения человеческого тела, психики человека или воздействий, вызвавших смерть. Этот учебник

был задуман для того, чтобы попытаться собрать воедино всю имеющуюся, но разрозненную литературу о судебно-медицинских науках, имеющих важное прикладное значение для практической юриспруденции. В учебнике объединены в виде разделов отдельные разновидности судебно-медицинских дисциплин. В основу учебника легли четыре раздела:

1. 1. Судебная медицина – это наука, представляющая совокупность знаний и исследований в области медицины, физики, химии и других дисциплин, направленных в своем развитии, совершенствовании и практическом применении на осуществление задач правосудия и здравоохранения.

2. 2. Судебная психиатрия – специальный раздел психиатрии, задачей которого является изучение различных психических расстройств в специальном отношении к правовым нормам, вопросам уголовного и гражданского права.

3. 3. Судебная наркология – раздел самостоятельной науки – наркологии – о практическом применении знаний в этой области в осуществлении задач правосудия.

4. 4. Судебная сексология – раздел самостоятельной науки – сексологии – с практическим применением комплекса знаний сексопатологии к вопросам уголовного и гражданского права.

Для проведения всех разновидностей судебно-медицинской экспертизы необходимы как минимум знания, определенные высшим медицинским образованием и дипломом врача. Только врачу или провизору (специалисту в области фармакологии) законодатель разрешает проводить соответствующую экспертизу. Для правильной оценки ситуации эксперту необходимо знание не только непосредственно судебной медицины, но и всех тех биологических закономерностей, которые определяют здоровье или патологию человека. Вместе с тем и судебная медицина и ее разновидности — самостоятельные и многоплановые медицинские дисциплины. В медицинских вузах эти отдельные предметы и студенты изучают их на разных кафедрах. Студентам юридического профиля нет необходимости столь глубокого познания многих специальных аспектов судебной медицины. Они должны иметь такой объем знаний, который позволит понимать действия экспертов и соответствующим образом формулировать перед ними задачи.

Нет необходимости в механическом перенесении в программу юридических вузов курсов судебных медицинских дисциплин медицинских институтов. В учебнике изложен лишь тот объем медицинских знаний, который необходим работникам правоохранительных органов и суда в повседневной практике. Юристу нет необходимости знать методики обследования, но судебный психиатр в акте судебно-психиатрической экспертизы вынужден использовать ряд специальных понятий и терминов. Кроме того, и юрист, назначая судебно-психиатрическую экспертизу, должен в принципе знать ее возможности и понимать заключение эксперта. Для этого юрист должен быть знаком с основными симптомами психических болезней и психических

состояний и с наиболее часто встречающимися в следственной и судебной практике психическими расстройствами.

Авторы имеют опыт преподавания в медицинских и юридических учебных заведениях, а также практической работы в судебной медицине, опыт общения с работниками следствия и суда в практической работе, в том числе в судебных заседаниях. Этот опыт убеждает в том, что студентам-юристам нужен единый курс указанных дисциплин и тот минимум знаний, который позволяет понять действия и заключения эксперта. В учебнике не освещаются излишние медицинские детали проведения судебно-медицинской экспертизы, которые невозможно понять без знания анатомии и физиологии человека, закономерностей развития патологического процесса. Вместе с тем внимание студентов привлекается к тем аспектам судебно-медицинской экспертизы, где эксперт и работник правоохранительного органа могут и должны работать вместе для получения оптимального эффекта и максимально объективного экспертного заключения. В этой связи при написании данного учебника возникла необходимость включить в авторский коллектив высококвалифицированного юриста-педагога, так как изложение материала в учебнике и дальнейшее восприятие читателем его содержания охватывает многие аспекты юридических наук. Таким образом, данный труд был создан творческим союзом: медиков – сотрудников кафедры судебной медицины и юристов – сотрудников кафедры уголовно-правовых дисциплин Ташкентского Государственного юридического института. Учебник является первой попыткой реализации такой идеи в обучении студентов юридических вузов. Авторы будут благодарны специалистам и студентам за все критические замечания в адрес учебника.

**Доктор медицинских наук,  
профессор Шамсиев Э.С.**

# **ЧАСТЬ I**

## **СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА**

### **ГЛАВА 1**

#### **СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА И ЕЕ ЗАДАЧИ**

##### ***Организация судебно-медицинской экспертизы в Республике Узбекистан***

К участию в расследовании преступлений против личности судебно-следственные органы привлекают врача, если речь идет о здоровье, жизни и смерти человека или о его вменяемости. Судебно-медицинская экспертиза проводится также для решения ряда важных вопросов в гражданских делах. Судебно-медицинская экспертиза необходима тогда, когда без заключения врача суд не может составить объективное мнение по делу. Из этого следует, что *судебная медицина* - это медицинская дисциплина, занимающаяся изучением и разрешением медицинских проблем, возникающих в судебно-следственной практике.

*Судебно-медицинской экспертизой* называется применение судебно-медицинских знаний для решения вопросов, возникающих при дознании, следствии и в суде. Разновидностью является *судебно-психиатрическая экспертиза*. Судебно-медицинская экспертиза назначается в обязательном порядке для установления причин смерти, характера телесных повреждений и в определенных ситуациях для оценки психического состояния пострадавшего, обвиняемого, подозреваемого или свидетеля. Судебно-медицинская экспертиза проводится для определения физического состояния потерпевшего или свидетеля, а также возраста, пола, отцовства или материнства в спорных случаях. При расследовании профессиональных правонарушений медицинских работников, при рассмотрении вопросов, связанных с нарушением или потерей трудоспособности, и в других случаях, предусмотренных законодательством, необходимо мнение судебно-медицинских экспертов. Эксперты независимы от сторон в судебном процессе.

Таким образом, судебная медицина занимается изучением различных воздействий на человека, вызвавших расстройство его здоровья или смерть, и установлением связи между этими воздействиями и их последствиями. В компетенцию судебной медицины входят вопросы, связанные с биологическими особенностями человека, которые могут составить предмет судебного исследования. Судебно-медицинская экспертиза является одним из доказательств по делу и в определенных случаях может не учитываться следствием

или судом. Однако такое несогласие с заключением судебно-медицинского эксперта обязательно должно быть мотивировано.

### **Виды и объекты судебно-медицинской экспертизы**

Различают следующие виды судебно-медицинской экспертизы, каждый из которых имеет свои особенности.

**1. Судебно-медицинская экспертиза живых лиц** заключается в освидетельствовании потерпевших, подозреваемых или обвиняемых. Поводами для такой экспертизы служат несмертельные повреждения, искусственные или притворные болезни, половые преступления, определение возраста, пола, беременности, половой зрелости, преждевременных родов, аборта, а также тождества личности.

**2. Судебно-медицинская экспертиза трупов** проводится при подозрении на насильственную смерть. Особенность ее заключается в исключительно тщательном осмотре трупа в месте его обнаружения или на месте происшествия. Заключение о характере и механизмах обнаруженных изменений, причинно-следственной связи между этими изменениями и смертью, суждение эксперта о том, являются ли найденные изменения результатом насильственных действий или проявлением болезни, которой страдал умерший при жизни, являются результатом судебно-медицинского исследования трупа. Целью судебно-медицинской экспертизы трупа может быть установление тождества личности.

Судебно-медицинская экспертиза трупов новорожденных имеет определенные особенности: установление живо- или мертворожденности, определение признаков насильственной смерти новорожденного или врожденных дефектов строения его внутренних органов, несовместимых с жизнью.

**3. Судебно-медицинская экспертиза вещественных доказательств** проводится при наличии фактов, полученных в ходе судебно-медицинской экспертизы трупов или живых лиц (подозреваемых, потерпевших, обвиняемых), для оценки которых необходимо применение различных лабораторных методов исследования. С этой целью проводится изучение биологических объектов (крови, спермы, слюны, волос, костных останков), одежды, повреждающих предметов и др. Результаты экспертизы вещественных доказательств сопоставляются с результатами судебно-медицинской экспертизы живых лиц или трупов. Полученные данные либо дополняют, либо не совпадают с результатами исследований трупов или живых лиц и в таком случае требуют дополнительного судебно-следственного анализа.

**4. Судебно-медицинская экспертиза по материалам следственных и судебных дел** проводится при отсутствии объекта судебно-медицинского исследования, обычно вследствие давности проведения первичных следственных и судебно-медицинских действий, но возникают сомнения в их объективности и правильности оценки полученных в свое время результатов. Вместе с тем повторное исследование трупа невозможно, например, вследствие его кремации, или нежелательно либо повреждения у живых лиц исчезли в

связи с давностью их нанесения. В этих случаях заключение судебно-медицинского эксперта основывается только на данных медицинских и судебно-следственных документов.

**5. Судебно-медицинская экспертиза в делах о привлечении к ответственности медицинского персонала** проводится при наличии сомнений в правильности организации медицинской помощи, обоснованности и правильности врачебных манипуляций, в результате чего возникли угроза жизни, неоправданная потеря органа или стойкие изменения функций организма, а также смерть больного. Для проведения этой экспертизы назначается комиссия судебно-медицинских экспертов.

Существует несколько **форм** судебно-медицинской экспертизы. **Первичная** экспертиза решает все вопросы, которые ставят перед ней органы дознания, следствия и суда. Однако иногда заключение первичной экспертизы оказывается неполным или недостаточно ясным для суда и следствия. После проведения первичной судебно-медицинской экспертизы могут появиться новые следственные данные. В этих ситуациях назначается **дополнительная** экспертиза, которая может быть поручена либо тому же, либо другому специалисту. Могут быть случаи, когда у следствия и суда возникают сомнения в обоснованности или правильности заключения эксперта. В таких случаях назначается **повторная** судебно-медицинская экспертиза, проведение которой поручается другому эксперту или комиссии экспертов.

Судебно-медицинская экспертиза может производиться на разных этапах следственно-судебных действий и на каждом из них она имеет определенное значение. На стадии **предварительного** следствия совершенно необходима судебно-медицинская экспертиза. Имеет значение своевременность назначения экспертизы. Несвоевременное проведение судебно-медицинской экспертизы трупа может затруднить ответ на вопрос о времени наступления смерти или о причине смерти в связи с резкими гнилостными изменениями. Позднее обследование изнасилованной не позволяет достоверно судить о давности нарушения девственной плевы.

В **следственных осмотрах** места происшествия и различных следов на месте происшествия, вещественных доказательств при участии судебно-медицинского эксперта необходимы знания в области судебной медицины. Участие судебного медика **в допросах** подозреваемых, обвиняемых, потерпевших или свидетелей дает много фактических данных для следствия. Их ответы на профессионально поставленные врачом вопросы позволяют заподозрить неадекватность психического состояния допрашиваемого, подтвердить его показания об орудии, которым была нанесена травма, или усомниться в них. Имеет определенное значение судебно-медицинская экспертиза **в процессе судебного заседания**. Эксперт присутствует на протяжении всего судебного процесса, участвует в судебном следствии, в пределах своей компетенции задавая вопросы обвиняемому, потерпевшему, свидетелю. В ходе судебного заседания он отвечает на вопросы, поставленные перед ним судом. После выяснения и уточнения всех обстоятельств, входящих в компе-

тенцию судебно-медицинского эксперта, он дает письменное заключение по утвержденным судом вопросам. Это заключение оглашается в судебном заседании и приобщается к делу. Если в судебном заседании участвует несколько судебно-медицинских экспертов, они могут составить и подписать согласованное заключение, а в случае разногласий каждый из экспертов представляет суду свое мнение.

Таким образом, судебно-медицинская экспертиза находит чрезвычайно широкое применение в уголовных и гражданских делах, внося существенный, а нередко решающий вклад в расследование преступления или в разрешение гражданского иска.

### ***Структура судебно-медицинской экспертизы***

В настоящее время в Республике Узбекистан действует Инструкция о производстве судебно-медицинской экспертизы 1978 г., утвержденная Минздравом. Однако на сегодняшний день самостоятельный закон о судебной экспертизе не принят. Одновременно с этой инструкцией были утверждены Положения о бюро судебно-медицинской экспертизы и ряд других положений, регламентирующих работу указанного бюро. Всю деятельность судебно-медицинской экспертизы в республике возглавляет Главный судебно-медицинский эксперт Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан, который одновременно является начальником Главного бюро судебно-медицинской экспертизы при Министерстве Здравоохранения РУз. В организационно-методическом отношении ему подчиняются главные судебно-медицинские эксперты областей республики. Бюро судебно-медицинской экспертизы руководит деятельностью районных, межрайонных и городских отделений судебно-медицинской экспертизы, возглавляемых заведующими отделениями.

Положением о бюро судебно-медицинской экспертизы предусмотрены следующие структурные подразделения:

- - отдел освидетельствования живых лиц;
- - отдел судебно-медицинской экспертизы трупов (морг) с судебно-гистологическим отделением, производящим микроскопическое изучение трупов, в том числе эксгумированных, т.е. извлеченных из могил;
- - судебно-медицинская лаборатория, в состав которой входят медико-биологическое, судебно-химическое отделения и отделение медицинской криминалистики;
- - районные, межрайонные и городские отделения судебно-медицинской экспертизы, но только в тех бюро, где они предусмотрены положением о соответствующем бюро судебно-медицинской экспертизы;
- - хозяйственный отдел.

Следователь или другой работник судебно-следственных органов может направить материалы дела и постановление о проведении судебно-медицинской экспертизы либо конкретному судебно-медицинскому эксперту, либо в бюро судебно-медицинской экспертизы. В последнем случае началь-

ник бюро поручает проведение экспертизы конкретному судебно-медицинскому эксперту или группе экспертов. Обычно группа судебно-медицинских экспертов необходима при расследовании дел, связанных с авиационными, железнодорожными и другими катастрофами или природными катаклизмами с большим числом потерпевших. По предложению начальника бюро судебно-медицинской экспертизы следователь может назначить комиссию судебно-медицинских экспертов. Наиболее часто такая комиссия назначается в делах о профессиональных преступлениях медицинских работников или в тех случаях, когда требуется мнение экспертов в разных областях знаний.

Судебно-медицинская экспертиза может быть проведена в одном из подразделений бюро судебно-медицинской экспертизы, например в морге, судебно-медицинской амбулатории или в лаборатории. Вместе с тем такая экспертиза может быть проведена и вне бюро: на месте происшествия, в кабинете следователя, если у него, например, возникло подозрение о неадекватном психическом состоянии допрашиваемого. Такая же ситуация может возникнуть в судебном заседании.

Деятельность судебно-медицинского эксперта регламентируется, помимо УПК, рядом инструктивно-методических указаний, составленных Минздравом РУз. Они создают некую единую организационно-методическую основу для различных видов судебно-медицинской экспертизы, позволяющую соблюдать требования закона и проводить экспертизу, используя современные достижения медицины. Однако следует подчеркнуть, что все инструкции и методические письма не являются законодательными актами и не могут предусмотреть все ситуации, встречающиеся в экспертной практике. В отдельных случаях судебно-медицинский эксперт может не следовать букве инструкции или методического указания Минздрава РУз, а руководствоваться своими профессиональными знаниями и составлять заключения, не совпадающие с требованиями инструкции. В связи с этим законодатель разрешает проведение судебно-медицинской экспертизы только врачу, т.е. самостоятельно мыслящему специалисту, обязанному принимать решения и способному нести за них личную ответственность.

Результаты всех видов судебно-медицинской экспертизы оформляются в виде документа под названием «Акт судебно-медицинской (судебно-химической) экспертизы» или «Заключение эксперта». В практической работе экспертов используются также «Акт судебно-медицинского исследования» или «Акт судебно-медицинского освидетельствования». Принципиальной разницы между всеми этими документами нет, они преследуют одну и ту же цель и решают одинаковую задачу. Они имеют одинаковую структуру: вводную часть, исследовательскую часть и выводы или заключение.

Во *вводной части* указывают *время, место и условия* проведения экспертизы. Для правильной оценки многих изменений тела необходимо хорошее естественное освещение. Искусственный свет несколько изменяет внешний вид повреждений, в связи с чем для их последующей оценки необходимо указать время проведения экспертизы, характер и степень освещенности по-

мещения, в котором она проводилась. Согласно процессуальным требованиям судебно-медицинская экспертиза, освидетельствование или исследование должны проводиться днем, желательно при естественном освещении, за исключением ситуаций, не терпящих отлагательства. Во вводной части должно быть указано также **кем** проводится экспертиза и **на каком основании**, а также **кто присутствовал** при этом, поскольку лицо, проводящее дознание или следствие может присутствовать при проведении судебно-медицинской экспертизы. Однако следователь не имеет права участвовать в освидетельствовании живых лиц противоположного пола, если необходимо обнажение их тела. Во вводной части излагаются обстоятельства дела, которые необходимы эксперту для составления заключения, и указывается перечень вопросов, поставленных экспертизой.

**Исследовательская часть** должна отражать содержание исследования. Структура этого раздела зависит от вида судебно-медицинской экспертизы. Здесь описываются использованные методы, прилагаются схемы и фотографии, фиксирующие важные детали исследования.

Вводная и исследовательская части представляют собой в совокупности **протокол** «Акта судебно-медицинской экспертизы», который составляется непосредственно в процессе проведения экспертизы. Протокол подписывают судебно-медицинский эксперт и лицо, присутствующее при проведении экспертизы.

**Заключение** или **выводы** должны вытекать из результатов исследования или освидетельствования в сочетании с анализом обстоятельств дела и на основании данных медицинской науки.

Сроки проведения судебно-медицинских экспертиз не должны превышать 1 мес после получения всех необходимых материалов дела. Однако конкретные сроки зависят от вида, объема и особенностей экспертизы.

### ***Причинно-следственные взаимоотношения в судебно-медицинской экспертизе***

Согласно уголовному законодательству Республики Узбекистан обязательным основанием для несения ответственности является установление причинной взаимосвязи между совершенным общественно опасным деянием и наступившими последствиями. В этом случае при отсутствии данной связи наступившие последствия не могут быть вменены в вину субъекту.

Причинную связь между действиями и преступными последствиями устанавливает следствие и суд. В таких случаях прибегают к помощи экспертизы. Достаточно часто в юридической практике судебно-медицинским экспертам приходится решать вопросы не только о причинной связи явлений, а устанавливать наличие или отсутствие именно прямой причинно-следственной связи между болезнью и смертью, повреждением и расстройством здоровья в раннем и позднем посттравматическом периоде, наступлением смерти и повреждением.

**Причинная связь** - это объективно существующая связь явлений реального мира, когда одно или больше одновременно действующих явлений (причин) при наличии соответствующих условий обязательно вызывает другое явление (следствие), причем эта связь имеет генетический характер, т.е. причина не только предшествует по времени следствию, но и порождает, качественно определяет его. В этой связи, если какая-либо определенная причина не только предшествует во времени следствию, но и вызывает его при данных условиях, то в этих же условиях (а организм это устойчивая совокупность морфологических, физиологических и биохимических условий) другая причина должна породить и качественно иное следствие. При исследовании причинно-следственной связи в обратном направлении (от следствия к причине) следствие помогает выявить причину. Конкретный случай может продемонстрировать данное положение.

*Гражданин П., 51 лет, был доставлен в больницу с симптомами острой кишечной непроходимости, множественными кровоподтеками и ссадинами лица и конечностей. Принято решение об оперативном вмешательстве. Но из-за тяжести состояния с двукратной остановкой сердца произвести операцию не удалось. Утром следующего дня он скончался. На вскрытии установлено: острые двусторонние переломы средних ребер - 4-6 справа и 4-7 слева по средне-ключичной линии, общий атеросклероз (аорты, мозговых, коронарных сосудов), неспецифическое заболевание легких, тромбоз брыжеечных сосудов, некроз кишечника. Анализ клинических данных и механизм образования переломов ребер позволил заключить, что эти переломы возникли при оказании реанимационного пособия - наружного массажа сердца. Очевидно, что причиной некроза кишечника и паралитической кишечной непроходимости (следствие) явился тромбоз брыжеечных сосудов (причина). При отсутствии признаков травмы органов живота и сосудов брюшечки наиболее вероятной причиной тромбоза является тромбоемболия.*

*Источником эмболии в пожилом возрасте при наличии заболеваний сердечно-сосудистой системы может быть атеросклероз аорты и сосудов.*

**Прямая причинно-следственная связь** - это такая связь явлений, при которой причина должна быть достаточной, а сама связь-жесткой однозначной, и причина при наличии определенных условий неизбежно порождает следствие. Под такой связью следует понимать, что то или иное расстройство здоровья (смерть) должно являться закономерным результатом внутренней природы телесного повреждения (болезни), наступившим независимо от присоединения каких-либо приводящих сил. Если те или иные последствия (в том числе и смерть) не обусловлены внутренней природой самого телесного повреждения (болезни), а явились результатом дополнительного воздействия посторонних независимых сил, причинная связь является косвенной или случайной.

Умение выделить из большого числа связей основное генетическое взаимодействие в совокупности с необходимыми и достаточными условиями для наступления следствия и есть нахождение причин данного следствия.

В качестве основных законов причинно-следственной связи выдвигаются следующие:

- • закон равенства причины и следствия;
- • закон изоморфизма причины и следствия;
- • закон однозначности причинно-следственной связи.

**Закон равенства** гласит: причина равна следствию.

**Закон изоморфизма**: причина и следствие изоморфны друг другу в каком-либо отношении (отражение причины в следствии).

**Закон однозначности**: одна и та же причина при одних и тех же условиях всегда порождает одно и то же следствие, или более осторожная формулировка - подобные причины при подобных условиях всегда порождают подобные следствия.

Установление характера причинной связи создает необходимость провести четкое разграничение судебным экспертом следующих понятий.

**Полная причина** - совокупность всех обстоятельств, при наличии которых необходимо наступает следствие. Следует различать - основные и неосновные, специфические и неспецифические, непосредственные (прямые) и опосредованные (непрямые), внешние и внутренние (изменения в организме, вызванные внешней причиной), условия (достаточные и необходимые), поводы.

В качестве **основной** (главной, существенной), т.е. генетической причины должен рассматриваться фактор, имеющий в данных условиях наибольшую вероятность специфического эффекта и ведущий к возникновению нового качественного состояния (органа или их системы, элемента органа, ткани, клетки). С этим понятием эксперту приходится сталкиваться в случаях множества повреждений - сочетанной, комбинированной травмы.

**Специфическая причина** - совокупность наиболее существенных элементов полной причины в данной ситуации, остальные же элементы полной причины выступают лишь как условия для проявления этой специфической причины. Отношение между причиной и следствием всегда носит необходимый характер. Это значит, что при постоянных условиях одна и та же причина неизбежно порождает одни и те же следствия. Однако с изменением условий данная связь утрачивает характер необходимости и становится чем-то случайным.

Как указывают ряд авторов, при определении основной причины могут быть допущены ошибки, которые можно свести в следующие группы:

а) неумение эксперта из совокупности действующих условий выявить определяющее, т.е. причину развития процесса;

б) отождествление причинной связи явлений с простым временным следованием их (после этого, не всегда значит по причине этого);

в) отсутствие дифференцировки между причинно-следственной связью и сопутствующими явлениями:

хроническое	выздоровление
заболевание	неблагоприятный исход
+ травма — осложнения <	

Травма лишь явление, совпадающее по времени и ускорившее течение основного процесса.

г) неумение отграничить причину от повода, который несомненно, в цепи причинно-следственных отношений ускоряет появление следствия, но не является причиной его;

д) невозможность на данном этапе развития медицинской науки с достаточной определенностью разграничить некоторые заболевания как самостоятельные нозологические единицы;

е) недоучет того положения, что отдельные факторы могут явиться носителем одной и той же причины (механическая энергия различных механических факторов - автомобильного, железнодорожного транспорта, работающих механизмов);

ж) отрыв и абсолютное противопоставление общего и единичного.

**Условие** (комплекс явлений) способствует наступлению определенного следствия, подготавливает его, но не вызывает его.

Основное отличие причины от условия заключается в том, что в то время как причина стоит **в необходимой связи** с данным явлением, вызывая то или иное качество реакции организма, условия не стоят **в необходимой связи** с развитием данного явления и своим действием не вызывают основного качества реакции организма, хотя и накладывают известный отпечаток на специфические проявления процесса. Условия могут не дать возможность реализации причины, они могут ускорить или наоборот замедлить действие причины, но они не вызывают специфическую реакцию или клинико-морфологическую картину при том или ином патологическом процессе, не меняют основную качественную характеристику следствия. Главное, что характеризует причины заболеваний, их незаменимость. Туберкулезный микроб, являющийся причиной туберкулеза, не может быть заменен ничем. В то же время условия, которые способствуют развитию этой болезни, не столь специфичны и могут варьироваться. Одного причинного фактора иногда недостаточно для того, чтобы превратить возможность **болезни** в действительное заболевание, ибо реализоваться эта возможность может только при наличии определенных условий, например, случаи бациллоносительства скрытой дремлющей инфекции, когда наличие в организме патогенных микробов не обязательно влечет за собой заболевание, когда огромную роль играет макроорганизм, т.е. человек и окружающая его среда (условия). И, наоборот, наличие всех благоприятствующих условий при отсутствии причинного фактора не может вызвать патологического процесса, т.е. нет причин и следствия без определенных условий, но при отсутствии причины условие само по себе не может вызвать следствие.

**Повод** - фактор, приводящий в действие причинно-следственные отношения в данных условиях (пусковой механизм). Он носит внешний и случайный характер, лишь определяет момент возникновения причинно-следственной связи, помогает проявиться причине, дает толчок к действию причины. Повод в медицине следует рассматривать как способствующий фактор, опре-

деляющий время действия причины и возникновения следствия. Для иллюстрации можем привести следующий случай.

*Гражданин В., 42 года, во время драки получил удары обутой ногой по голове и в область подбородка. К вечеру следующего дня госпитализирован в стационар, где диагностирована закрытая черепно-мозговая травма с сотрясением головного мозга, перелом нижней челюсти. Через час после поступления в больницу гр.В скончался. При судебно-медицинской экспертизе трупа установлены разрыв аневризмы передней соединительной артерии, на основании мозга обширное субарахноидальное кровоизлияние, очаговое кровоизлияние в мягкие ткани теменной области, перелом нижней челюсти. В данном случае травму следует расценивать как повод, пусковой механизм, который привел в действие ранее существовавшую основную причину смерти - аневризму артерии основания головного мозга с разрывом ее стенки и субарахноидальным кровоизлиянием. Травма в этом случае не состоит в прямой причинно-следственной связи с наступлением смерти.*

В медицине, в том числе и судебной, используются положения теории причинности как составной части детерминизма. В общем виде причинность в патологии может быть представлена как материальное взаимодействие различных факторов среды с живой системой, и причинное надо понимать как единство действия и реактивного противодействия. Поскольку основой этого взаимодействия является организм как реактивная система, обладающая «самостоятельной силой реагирования», способная воспринимать внешнее воздействие, отреагировать на него и преобразовать. В фазе становления болезни (травматической болезни) патологический процесс развивается по законам самодвижения, саморазвития, утратив свою первоначальную причинную связь с факторами, обусловившими его возникновение.

«Самодвижение» болезни может приостановиться и болезнь может исчезнуть, если причина, ее вызывающая устранена в самом начале. Однако следствие может продолжать «самодвижение» и после прекращения первичного воздействия, поскольку оно (следствие) само становится причиной возникновения новых явлений. Поэтому важно раскрыть изменение внутренних условий, способствующих реализации причины следствия и продолжению «самодвижения» следствия после устранения первопричины, что в свою очередь может способствовать прогрессированию болезни и наступлению смерти, поэтому при установлении формы причинной связи эксперту придется решать вопросы взаимоотношения внешнего и внутреннего в этиологии и особенно в патогенезе, т.е. в течении, исходе, развитии осложнений и последствий травмы, о влиянии на течение и исход травмы индивидуальных особенностей организма (возраст, пол, компенсаторно-приспособительные и реактивные силы организма, врожденные дефекты), инфекционных осложнений, последствий врачебного вмешательства и прочее.

Возникновение и течение патологического процесса производны от причинного фактора, но причина воздействует посредством внешних и внутренних, свойственных самому организму, условий. Изменение условий приводит к изменению действия причины, но не в такой степени, чтобы это

привело к появлению совершенно нового следствия. Но необходимо учитывать, что коренное изменение условий ведет или к изменению действующей причины и она приобретает другие свойства, или к изменению реагирующего субстрата и появлению нового объекта с качественно иными свойствами, в большей части случаев теряющего способность реагирования на действовавшую до сих пор причину.

Неодинаковое течение и исход «одинаковой» травмы, обусловленные внутренними различиями, должны быть поставлены в прямую связь с травмой, если их специфика определяется качественными особенностями данного повреждения. К примеру, газовая гангрена, развившаяся после причинения ушибленной раны голени, находится в случайной связи с легким телесным повреждением, в силу случайного присоединения особо вирулентной инфекции. Вместе с тем, лишь в случаях открытых раздробленных переломов костей голени при последующем развитии остеомиелита, может рассматриваться возможность прямой причинной связи между травмой и наступившим осложнением, т.к. это осложнение в этом случае должно рассматриваться как закономерное, а не случайное.

При установлении связи «травма-заболевание» при судебно-медицинской экспертизе живых лиц, исходя из теории причинности в патологии, следует придерживаться следующих принципов:

- - факт травмы должен быть достоверным, т.е. быть подтвержденным как документами (медицинскими), так и результатами обследования (осмотром судебно-медицинским экспертом с использованием консультаций широкого круга врачей-специалистов и необходимых дополнительных лабораторных и инструментальных методов исследования);
- - травма должна быть достаточной, т.е. по характеру и силе воздействия она способна с неизбежностью вызвать наступление следствия;
- - должно быть с очевидностью и достоверно установлено, что заболевания до травмы не было (изучение медицинских документов);
- - «локализация» заболевания должна совпадать с местом приложения травмирующей силы;
- - диагноз заболевания должен быть объективно подтвержден (стационарным или полным амбулаторным обследованием);
- - течение заболевания должно быть динамически прослежено.

Установление причинно-следственных связей при проведении судебно-медицинских экспертиз должно базироваться на теории причинности в патологии с соблюдением принципа достоверности травмы, достаточности травмирующего воздействия с совпадением локализации травмы с местом воздействия, воздействие и его результат не должны быть значительно отдалены во времени.

Объективное решение вопроса об установлении причинно-следственных связей в судебной медицине имеет важное социально-правовое значение и является одним из важных факторов повышения качества судебно-медицинских экспертиз.

## ***Судебно-медицинский эксперт, его права и обязанности***

К проведению судебно-медицинской экспертизы может быть привлечен любой врач любой медицинской специальности, который в соответствии с законодательством несет ответственность за ее качество и объективность. Не могут быть привлечены к проведению судебно-медицинской экспертизы ни фельдшер, ни акушерка, ни медсестра. Штатными судебно-медицинскими экспертами являются врачи, получившие соответствующую подготовку по судебной медицине. Они составляют категорию должностных лиц, постоянно и профессионально проводящих судебно-медицинские экспертизы. Судебно-медицинскими экспертами являются также профессора и преподаватели кафедр судебной медицины медицинских вузов. Врачи других специальностей, которые эпизодически привлекаются к проведению судебно-медицинской экспертизы, именуются врачами-экспертами, хотя по процессуальному положению они являются судебно-медицинскими экспертами и на них распространяются соответствующие права, обязанности и ответственность.

Судебно-медицинский эксперт, как и любой другой эксперт, - фигура процессуальная, и врач-специалист становится судебно-медицинским экспертом только после назначения его экспертом постановлением следователя или определением суда. Экспертом может быть лишь отдельный специалист. Заключение комиссионной судебно-медицинской экспертизы подписывает каждый эксперт даже при согласии всех членов комиссии, и каждый из них несет персональную ответственность за проведенную экспертизу.

Судебно-медицинский эксперт обязан участвовать в следственных действиях и судебных заседаниях по вызову лица, производящего дознание, следователя, прокурора или суда и давать объективное заключение по поставленным перед ним вопросам, но в пределах своей компетенции. Так, например, судебно-медицинский эксперт не может давать заключение о том, является ли смерть пострадавшего убийством или несчастным случаем, так как это понятия юридические, а не медицинские. Медицинских признаков убийства не существует. Судебно-медицинский эксперт может лишь установить, причинено ли насилие, а если причинено, то своей или посторонней рукой, и представить следователю или суду объективные медицинские данные по делу. Работники правоохранительных органов должны знать пределы компетенции судебно-медицинских экспертов и правильно формулировать вопросы, которые ставятся перед экспертами.

За необоснованный отказ от проведения судебно-медицинской экспертизы врач может быть привлечен к уголовной ответственности. То, что врач является специалистом в другой области медицины, не считается объективной причиной для отказа. Уголовная ответственность установлена также за дачу судебно-медицинским экспертом заведомо ложного заключения и за разглашение материалов дознания и следствия.

Судебно-медицинский эксперт имеет право знакомиться с материалами дела, присутствовать при допросах, следственных экспериментах и других

следственных и судебных действиях, задавать вопросы допрашиваемым, относящиеся к компетенции судебно-медицинского эксперта, заявлять ходатайства о предоставлении дополнительных материалов, приносить жалобу прокурору на действия следователя, отказаться от дачи заключения, если поставленные вопросы выходят за пределы компетенции экспертов, а также если материалы дела недостаточны для составления объективного и полного заключения.

В соответствии с процессуальными нормами судебно-медицинский эксперт может быть отстранен от проведения экспертизы, если он лично заинтересован в деле, находился или находится в служебной или иной зависимости от подозреваемого, обвиняемого, потерпевшего, гражданских истца или ответчика, обнаружил свою некомпетентность как судебно-медицинский эксперт.

### **Вопросы профессиональной этики и деонтологии при проведении судебно-медицинской экспертизы**

При проведении судебно-медицинской экспертизы вопросы этики и деонтологии имеют свои особенности, которые в значительной степени регламентированы законодательством. Судебно-медицинский эксперт постоянно работает не только с медицинскими работниками, но и с сотрудниками правоохранительных органов. Сказывается также постоянная работа с необычными для других врачей объектами, которые в силу различных ситуаций становятся жертвами неожиданных, конфликтных или трагических обстоятельств. Деятельность судебно-медицинского эксперта имеет ряд деонтологических сторон - это отношения с потерпевшим, обвиняемым, подозреваемым, с родственниками погибшего (особенно при подозрении на убийство и самоубийство), а также умершего скоропостижно, с коллегами и лечащим врачом, работниками правоохранительных органов в ходе проведения экспертизы. Поведение судебно-медицинского эксперта на месте происшествия и в суде также имеет свои особенности.

В ряде случаев поведение судебно-медицинского эксперта определяется статьями УПК, который, затрагивая права и обязанности СМЭ, нормы его взаимоотношений с участниками дела, определяет и его этику. Например, в Уголовном кодексе предусматривается отвод эксперта, если он является родственником одного из участников судебного разбирательства, был лечащим врачом потерпевшего или членом административной комиссии по разбору дела либо находился в служебной или иной зависимости от потерпевшего, ответчика или других лиц; если он прямо или косвенно заинтересован в исходе дела. Зная это, эксперт не должен ждать отвода со стороны судьи, а сам из этических соображений должен отказаться от проведения экспертизы. То же самое — в случае отвода эксперта при обнаружении его некомпетентности, что иногда касается молодых врачей-экспертов. Различия экспертов в характере, опыте, квалификации, наличии ученой степени или служебном положении не должны влиять на

объективность поведения эксперта. Эксперт в отличие от врача клиники не может спрятаться за спину консультантов или старших в служебном отношении врачей, так как дает заключение лично от своего имени и несет за него личную ответственность. При проведении экспертизы несколькими экспертами они совещаются между собой, но в случае разногласий дают заключения отдельно. В случае необоснованности заключения или при сомнении в его правильности может быть назначена повторная экспертиза, которая проводится другим экспертом. В таком случае следует особое внимание уделить изучению первого заключения, разрешить с экспертом, его составившим, все неясные вопросы, руководствуясь только объективными данными. Проявляя принципиальность при составлении выводов, следует найти наиболее правильное объяснение возможным противоречиям и тактично разъяснить это следователю.

#### ***Этика и деонтология судебно-медицинского эксперта при амбулаторном судебно-медицинском приеме***

Амбулаторный прием и особенно беседа с пострадавшим требуют тщательного соблюдения норм медицинской этики. Судебно-медицинскими деонтологическими аспектами здесь выступают такие нормы, как чуткость, внимательность и тактичность по отношению к любому лицу независимо от существа дела. Недопустимо выражать отношение к личности испытуемого в зависимости от тех или иных обстоятельств получения повреждений. Явившийся на прием уже перенес моральную и физическую травму, он ожидает сострадания к себе и видит в судебно-медицинском эксперте не только врача, но и лицо, действующее в соответствии с законодательством в интересах правосудия. Особенно внимательного отношения требуют дети. Эксперт обязан соблюдать врачебную тайну, тем более, что это согласуется с требованием законодательства. Законодательство РУз предусматривает наказание за разглашение данных предварительного следствия.

Целесообразно заметить, что врач-эксперт не должен наводящими вопросами подсказывать свидетельствуемому характер жалоб. Нельзя, например, формулировать вопрос: «Нет ли у вас тошноты, рвоты, головокружения? Была ли потеря сознания?» Это может нередко вызвать положительный, но необоснованный ответ из желания «усилить» заключение. Поэтому лучше всего спросить: «На что вы жалуетесь?»

#### ***Этика и деонтология судебно-медицинского эксперта при освидетельствовании живых лиц***

Несмотря на общие принципы медицинской этики и деонтологии, при освидетельствовании потерпевшего в амбулатории или стационаре возникают свои особенности взаимоотношений эксперта с освидетельствуемым. Нельзя, например, как это делают некоторые эксперты, выражать свое отношение к пациенту, к услышанному обстоятельству, удивляться, возмущаться или давать советы, касающиеся ведения дела.

Следует не только проявлять предельное внимание, но и демонстрировать его. Личность и положение пациента не должны влиять на заключение, давать повод для подозрения в необъективности выводов. При беседе с ним надо проявлять терпимость, не возмущаться скупостью ответов или многословием, не придирается к неудачным или неграмотным выражениям, не иронизировать и не высказывать недоверия. Вместе с тем следует помнить о возможной умышленной или неумышленной аггравации или симуляции, однако о подозрении ни в коем случае нельзя говорить потерпевшему.

Недопустимо, как это делается в некоторых бюро, поручать сбор анамнеза машинистке. Задавать можно только вопросы, касающиеся выяснения необходимых сведений, не подсказывая ответ своей формулировкой. Особого такта и умения требует освидетельствование женщин в связи с проведением акушерско-гинекологической экспертизы детей и несовершеннолетних. Круг вопросов необходимо продумать, беседу надо вести спокойно, вопросы должны быть достаточно понятны и заданы тактично. При осмотре следует проявить особое внимание, чуткость, терпение, осторожность. Такие экспертизы следует поручать наиболее опытным экспертам. При всем этом надо всегда помнить, что освидетельствование проводится врачом, который обязан дать совет в отношении необходимой медицинской помощи. Нельзя забывать о требовании соблюдения врачебной и следственной тайны, что имеет особое значение в небольших населенных пунктах. Нам кажется неправильным, что испытуемый сразу же не знакомится с основными выводами заключения. Это ущемление его права на информацию. Исключение могут составить случаи, связанные с предстоящим расследованием в целях сохранения следственной тайны.

### ***Этика и деонтология судебно-медицинского эксперта при исследовании трупа***

Следует отметить необходимость уважительного отношения к трупу. Уже при первичном осмотре трупа на месте его обнаружения после описания и фотографирования в любой обстановке надо придать ему пристойное положение, помнить о переживаниях близких погибшего при манипуляциях с трупом. Не допускать разговоров на посторонние темы, тем более громкой речи, смеха, что иногда имеет место. При работе с трупом, его переносе и перевозке следует соблюдать бережное к нему отношение, не наносить каких-либо повреждений или загрязнений. В морге до начала вскрытия трупа должны храниться в холодильной камере либо на секционном столе или носилках в пристойном положении.

Большое значение имеет помещение, где вскрываются трупы, — секционная. Она должна по убранству и чистоте напоминать операционную. Комната ожидания и траурный зал для прощания должны соответствовать обстоятельствам, здесь не может быть шума, крика, посторонних разговоров. Недопустимы в присутствии посторонних шутки и смех сотрудников или

студентов. Отношение к близким покойного не только экспертов, но санитаров, с которыми они общаются, должно быть предельно вежливым, терпимым.

В ряде случаев судебно-медицинский эксперт (например, при подозрении на отравление, скоропостижную смерть и др.) для получения необходимой информации до, а иногда и после вскрытия беседует с родственниками. При этом надо заранее продумать, какие вопросы следует задать, и сделать это тактично и доступно. Необходимо иметь в виду умышленную или неумышленную необъективность и неосведомленность и не проявлять своего отношения к сказанному. Напротив, сообщая родственникам, что выявлено при вскрытии, надо соблюдать осторожность и такт. Иметь в виду, что наряду с законным правом на информацию о причине и обстоятельствах смерти близкого человека родственники не должны быть посвящены в вопросы следственной и врачебной тайны.

При судебно-медицинской экспертизе трупов в условиях массовых катастроф надо преодолеть последствия эмоционального и физического напряжения, проявлять предельную терпимость к неудобствам и сложностям, быть максимально внимательным к пострадавшим и коллегам.

#### **Контрольные вопросы.**

1. Каковы цели судебно-медицинской экспертизы, кто и каким образом назначает ее проведение?
2. Кто и в каких случаях может быть привлечен к проведению судебно-медицинской экспертизы?
3. Каковы права и обязанности судебно-медицинского эксперта?
4. Каковы виды судебно-медицинской экспертизы?
5. Какова структура судебно-медицинской экспертизы?
6. В каких случаях судебно-медицинский эксперт может быть отстранен от проведения судебно-медицинской экспертизы?
7. Какие вопросы затрагивает этика и деонтология судебно-медицинского эксперта?
8. Вопросы этики и деонтологии судебно-медицинского эксперта при амбулаторном приеме?
9. Вопросы этики и деонтологии судебно-медицинского эксперта при освидетельствовании живых лиц?
10. Вопросы этики и деонтологии судебно-медицинского эксперта при исследовании трупа?

## ГЛАВА 2

### СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ЖИВЫХ ЛИЦ

Каждый человек, получивший повреждения тела, может обратиться за помощью к любому врачу, который обязан не только оказать эту помощь, но и зафиксировать повреждения, тщательно их описав. Это необходимо, так как вся медицинская документация может быть затребована следствием и судом. Самому пострадавшему никакие справки или медицинское заключение не выдаются, их предоставляют только по требованию официальных лиц. По поводу телесных повреждений у потерпевших, подозреваемых или обвиняемых с целью определения степени тяжести вреда здоровью, судебно-медицинская экспертиза проводится в 90% случаев.

**Телесное повреждение** - это причинение вреда здоровью, выразившееся в нарушении анатомической целостности или физиологической функции тканей или органов под воздействием факторов внешней среды. Руководством для этой судебно-медицинской экспертизы служат Правила судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью.

Судебно-медицинская экспертиза живых лиц проводится только по постановлению органов дознания, следствия или по определению суда. Освидетельствование происходит в амбулаториях судебно-медицинской экспертизы или в больницах. В исключительных случаях судебно-медицинская экспертиза может быть проведена дома у освидетельствуемого, который по медицинским показаниям не может явиться для проведения экспертизы в другое место. Для окончательного заключения судебно-медицинский эксперт, проведя обследование пострадавшего, подозреваемого, обвиняемого или свидетеля, может назначить повторную экспертизу через некоторое время, когда можно будет окончательно судить о степени утраты трудоспособности. Для углубленного обследования освидетельствуемого в динамике в особо трудных ситуациях экспертизу переносят в стационарные условия. Комиссионная судебно-медицинская экспертиза назначается в сложных и спорных случаях.

Степень причиненного вреда здоровью определяется только на основании осмотра освидетельствуемого. Лишь в исключительных случаях судебно-медицинская экспертиза пострадавшего проводится по медицинским документам, если они содержат исчерпывающие сведения о повреждении, состоянии потерпевшего в момент травмы и об исходе повреждения. По результатам любого вида экспертизы живых лиц должен быть составлен акт (заключение) судебно-медицинского освидетельствования.

Судебно-медицинская экспертиза живых лиц проводится для разрешения следующих вопросов:

- • наличия телесного повреждения, его вида, характера и давности, типа оружия или орудия повреждения;
- • определения степени вреда здоровью и в связи с этим степени утраты трудоспособности;

- • определения состояния здоровья;
- • наличия притворных и искусственных болезней;
- • установления половой зрелости, а также половой неприкосновенности;
- • установления производительной способности;
- • установления беременности, бывших родов или аборта;
- • установления изнасилования; заражения венерической болезнью; развратных действий; спорного отцовства, материнства и подмены детей; установления возраста.

### ***Судебно-медицинская экспертиза несмертельных повреждений***

Данная экспертиза проводится в связи с получением пострадавшим, обвиняемым или подозреваемым телесных повреждений. Оцениваются имеющиеся повреждения с точки зрения их опасности для жизни пострадавшего, а также возникновения того или иного вреда здоровью и последствий этого - стойкого, длительного или кратковременного расстройства здоровья. Вред здоровью может быть тяжким, средней тяжести и легким.

Судебно-медицинский эксперт проводит оценку таких способов причинения телесных повреждений, как мучения, истязания и побои. *Мучения* — это действия, связанные с лишением пострадавшего пищи, питья, тепла, воздуха. Для экспертного заключения о причиненных мучениях большое значение имеют данные следствия. *Истязания* - действия, повлекшие за собой тяжелые страдания потерпевшего путем причинения ему особенной боли, например прижигание тела раскаленными предметами, введение в естественные отверстия посторонних предметов, колющих или режущих орудий, множественные уколы. *Побои* — множественные удары, которые часто не оставляют видимых следов, особенно если они были нанесены через одежду. В таких случаях эксперт должен описать жалобы потерпевшего, а установление самого факта нанесения побоев становится задачей следствия.

*Вид и характер* телесных повреждений устанавливаются на основании их осмотра (ссадина, царапина, рана). *Давность повреждения* определяют по изменениям, обнаруженным при освидетельствовании. Например, краснота, припухлость, болезненность указывают на то, что повреждения могли быть причинены от нескольких десятков минут до нескольких часов тому назад. Давность кровоподтека устанавливается по изменению его цвета. Вид и характер воспаления вокруг раны, а также признаки ее заживления могут указывать на давность причинения повреждения. О давности переломов костей судят на основании развития костной мозоли. Следует подчеркнуть, что чем раньше проведено освидетельствование, тем точнее можно определить давность повреждения.

*Определение типа (вида) орудия* повреждения проводится на основании характерных для определенного орудия (оружия) признаков ран: форма и края раны, осаднения, разможнения, перемычки в дне раны. Ввиду того, что

различные виды острых и тупых предметов, огнестрельное оружие могут причинять сходные повреждения, судебно-медицинский эксперт на вопрос об идентификации конкретного оружия (орудия) в большинстве случаев может дать лишь предположительный ответ. Однако если орудие имеет характерные особенности, которые находят отражение в ране, оно может быть идентифицировано.

**Тяжкий вред здоровью** в судебно-медицинской практике предусматривает две группы телесных повреждений, влекущих опасность для жизни пострадавшего.

1-я группа обусловлена самими телесными повреждениями:

- ранения, проникающие в полости тела, а также во внутренние органы, в том числе в щитовидную железу. Анатомия выделяет 4 полости тела — грудную, брюшную, полость черепа и полость спинномозгового канала. Проникающие в них ранения опасны для жизни, даже если при этом нет повреждения внутренних органов, в том числе спинного мозга. Щитовидная железа хотя и расположена на передней поверхности шеи, а не в полости тела, тем не менее является важнейшим внутренним органом;

- переломы костей черепа и ушибы головного мозга;
- переломы или вывихи шейных и грудных позвонков, так как при этом очень часто возникает тяжелая травма спинного мозга;
- переломы костей таза;
- повреждения спинного мозга;
- разрывы внутренних органов (при ударах тупыми твердыми предметами или при ударах о тупые твердые предметы);
- ранения крупных кровеносных сосудов, к которым относятся аорта, сонные артерии, подключичные, подмышечные, бедренные артерии и соответствующие вены;
- ожоги III и IV степени 30% поверхности тела.

2-я группа телесных повреждений — это опасные для жизни состояния, которые возникают в результате повреждений 1-й группы. Они включают в себя шок III и IV степени, кому, массивную кровопотерю, коллапс, острую сердечно-сосудистую недостаточность, нарушения мозгового кровообращения, острую почечную недостаточность, тяжелую дыхательную недостаточность и др.

Тяжкий вред здоровью определяется рядом признаков, не опасных для жизни потерпевшего. К ним относятся:

1. *стойкая потеря зрения*, под которой понимается полная слепота на оба глаза или односторонняя слепота, так как она сопровождается потерей общей трудоспособности больше чем на одну треть; *стойкая потеря слуха*, когда у пострадавшего развивается глухота или тяжелая тугоухость на оба уха с неспособностью слышать звук на расстоянии 3—5 см от ушной раковины; *потеря речи*, т.е. неизлечимая потеря способности членораздельно выражать мысли. Исходя из этого определения, потерей речи следует считать и резко выраженное заикание;

2. 2. *утрата какого-либо органа или его функции.* Например, при переломе трубчатой кости может образоваться ложный сустав в области перелома и при сохранении верхней конечности она потеряет свою функцию;

3. 3. *стойкая утрата общей трудоспособности не менее чем на одну треть*, что устанавливается лишь после окончательного исхода повреждения по официальной таблице для установления процента утраты трудоспособности. У детей степень утраты трудоспособности определяется исходя из нетрудоспособности, которая возникнет в будущем;

4. 4. *полная утрата профессиональной трудоспособности.* Так, потеря музыкантом любого пальца полностью лишает его способности к выполнению профессиональных функций;

5. 5. *потеря производительной способности* подразумевает как потерю способности совершения полового акта, так и потерю способности к оплодотворению, зачатию, деторождению и вскармливанию. Такие ситуации могут возникнуть при ампутации полового члена, кастрации, появившихся в результате травмы, рубцовых изменениях входа во влагалище и самого влагалища, ампутации матки в результате ее травмы при аборте, в том числе криминальном, заражении венерической болезнью, которая привела к воспалению маточных труб, что препятствует зачатию; *прерывание беременности* вне зависимости от ее срока, если оно не связано с индивидуальными особенностями потерпевшей, а стоит в причинной связи с полученными телесными повреждениями;

6. 6. *неизгладимое обезображивание лица* - вопрос не медицинский, его решает суд. Однако судебно-медицинский эксперт в этой ситуации должен определить характер и тяжесть повреждений, а также возможность коррекции косметических дефектов лица;

7. 7. *психическое расстройство*, если оно возникло в результате причиненных повреждений;

8. 8. *заболевание наркоманией или токсикоманией*, которое само явилось повреждением или возникло в результате лечения повреждения.

**Вред здоровью средней тяжести** характеризуется отсутствием опасности для жизни потерпевшего, но длительным, более 3 нед, расстройством здоровья (например, перелом ноги, разрыв сухожилий суставов и пр.) или стойкой утратой общей трудоспособности не менее чем на одну треть (от 10 до 30%).

**Легкий вред здоровью** - кратковременное расстройство здоровья, не превышающее 3 недели, а также незначительная (до 5%) стойкая утрата общей трудоспособности.

### ***Виды судебно-медицинской экспертизы живых лиц***

#### **Экспертиза состояния здоровья**

Эта экспертиза назначается тогда, когда возникает следующие вопросы:

- - может ли человек, например, заключенный, по состоянию здоровья выполнять ту или иную работу;
- - когда человек отказывается являться на допрос к следователю или в суд, например, в качестве свидетеля, ссылаясь на болезнь, в то время как предъявляемые им медицинские документы вызывают сомнение;
- - в случае уклонения призывника от военной службы;
- - при симуляции военнослужащим заболевания, препятствующего несению службы.

В зависимости от обстоятельств дела экспертиза проводится в амбулатории, больнице и на дому свидетельствуемого. Этот вид экспертизы обычно проводится комиссионно с участием врачей нескольких специальностей.

### *Судебно-медицинская экспертиза потерпевшего, находящегося в стационаре*

Большинство пострадавших со средним или тяжким вредом здоровью, как правило, госпитализируются и длительный период находятся на стационарном лечении. В то же время своевременное и полноценное расследование каждого уголовного дела в связи с нанесением телесных повреждений невозможно без экспертного заключения. В подобных случаях возникает необходимость в проведении экспертизы в стационаре. Следователь представляет эксперту постановление о назначении экспертизы, и судебно-медицинский эксперт является в стационар, предъявляет заведующему отделением и лечащему врачу служебное удостоверение и документ о назначении экспертизы.

Органы здравоохранения обязаны оказывать судебно-медицинским экспертам содействие при проведении экспертизы. Эксперту предоставляется возможность детально ознакомиться с историей болезни и сделать из нее необходимые выписки, он может побеседовать с лечащим врачом и уточнить некоторые вопросы, касающиеся состояния больного, прогноза и т. п. Затем эксперт, если состояние пострадавшего это позволяет, направляется в палату и беседует с потерпевшим. В ходе беседы эксперт может выяснить интересующие его обстоятельства нанесения повреждений и иные вопросы, относящиеся к предмету экспертизы. Он интересуется жалобами пострадавшего и указывает их в акте, осматривает тело и описывает имеющиеся повреждения. Эта часть работы эксперта в стационаре особенно важна, так как в истории болезни далеко не всегда отражаются и детально описываются все имеющиеся на теле повреждения.

Нередко описание повреждений в истории болезни является неполным или неточным, а иногда вообще отсутствует, и врач ограничивается диагностическими (иногда неверными) терминами («шибленная» или «рубленая» рана). Поэтому осмотр пострадавшего и полноценное описание экспертом повреждений необходимы при проведении освидетельствования в стационаре. В неясных случаях эксперт может присутствовать при перевязке и совместно с лечащим врачом осмотреть особенности повреждения, что по-

зволяет уточнить его происхождение, механизм образования. Судебно-медицинский эксперт может обратить внимание лечащих врачей на недочеты при описании повреждений и оформлении истории болезни, что позволит избежать подобных ошибок в будущем, будет способствовать улучшению качества оказания медицинской помощи и повысит роль истории болезни как юридического документа.

В процессе освидетельствования может возникнуть необходимость в проведении каких-либо дополнительных лабораторных или клинических исследований, важных для экспертного заключения, и тогда по просьбе эксперта лечащий врач назначает или проводит такие исследования. Если клиническая картина не совсем ясна или не определен исход повреждения, то судебно-медицинский эксперт откладывает формулировку заключения. В противном случае после освидетельствования сразу оформляется акт, который печатается в двух экземплярах. Первый экземпляр, как обычно, передается под расписку или высылается по почте следователю, а второй хранится в экспертном учреждении.

### **Экспертиза притворных болезней**

При проведении различных видов судебно-медицинской экспертизы иногда приходится сталкиваться с притворством, обманом, желанием освидетельствуемого неправильно представить состояние своего здоровья. Эксперту приходится сталкиваться с обманом в виде симуляции, аггравации, диссимуляции, а также с членовредительством и притворными болезнями.

*Симуляцией* называется изображение человеком симптомов болезни, которой у него нет. Так, нередко симулируют ночное недержание мочи; путем подмешивания к моче яичного белка, сахара, крови симулируют заболевания почек, иногда симулируют слепоту, глухоту. К симуляции относится и инсценировка происшествий, которого не было, - изнасилования, самоубийства, несчастного случая, нападения. Симуляция может быть умышленной и патологической, т. е. связанной с другим заболеванием, нередко психическим, иногда больной убежден, что страдает болезнью, которой у него на самом деле нет. В отличие от симуляции при *аггравации* болезнь у освидетельствуемого действительно имеется, но он преувеличивает болезненные симптомы. Аггравация может быть сознательной, когда симптомы имеющейся болезни преувеличиваются с корыстной целью, и патологической. Патологическая аггравация встречается у людей с особым складом характера, мнительных, а также у людей при психических отклонениях. *Диссимуляция* — сокрытие имеющегося заболевания, обычно с целью получения какой-либо работы, которая больному противопоказана, либо для поступления на учебу, которой препятствует имеющееся заболевание.

Симуляция по сути близка *искусственным болезням*, т. е. к вызванным умышленно симптомам каких-либо заболеваний, обычно с помощью лекарственных препаратов или каких-либо веществ, не вызывающих истинного расстройства здоровья. Так, например, желтуху, симптом многих заболева-

ний, можно вызвать приемом лекарственного препарата акрихина. Повышения артериального давления как симптома гипертонической болезни можно добиться, принимая лекарственный препарат эфедрин. Нарушение сердечно-сосудистой системы в виде повышенного сердцебиения, напряжения пульса получают путем употребления большого количества черного кофе в сочетании с интенсивным курением и физической нагрузкой.

## **Экспертиза членовредительства и искусственных болезней**

*Самоповреждением, или членовредительством, называется умышленное причинение вреда своему здоровью путем повреждения органов или тканей, а также путем вызывания искусственного заболевания. Членовредительство наблюдается в случаях уклонения от воинской службы, для получения больничного листа или страхового вознаграждения и т.д. Самоповреждение наблюдается и у психически больных. Наркоманию также можно рассматривать как самоповреждение, так как она вызывает тяжелые изменения в организме, хотя в большинстве случаев наркотики человек начинает применять сам и осознанно, представляя последствия своих действий.*

Членовредительство может быть осуществлено различными орудиями и разнообразным оружием. Отличить самоповреждение от ранения или несчастного случая бывает очень сложно. Большое значение имеют осмотр одежды и сопоставление повреждений на ней и на теле. Нередко сначала вызывают повреждения тела, а потом одежды, поэтому эти повреждения не всегда совпадают. В экспертизе членовредительства важен вопрос о том, возможно ли причинение повреждения собственной рукой. В случаях самоповреждения на этот вопрос однозначно дается положительный ответ.

*Искусственные заболевания— это действительные заболевания, умышленно вызванные с помощью различных средств и способов. Они близки членовредительству по сути, но отличаются от самоповреждения тем, что при них нет открытого повреждения органа или ткани и они носят характер внутренней болезни. Так, с помощью подкожного введения керосина, скипидара, инородных тел, кала, зубного налета вызывают гнойное воспаление подкожной клетчатки. При введении под кожу или в суставную сумку парафина, машинного масла, вазелина получают подобие опухоли. Путем прикладывания горячих и раскаленных предметов получают ожоги различных частей тела с последующим образованием язв. Втирание в кожу раздражающих или едких веществ получают дерматит (воспаление кожи) с образованием волдырей.*

Арсенал способов создания искусственных болезней, особенно в местах заключения, постоянно растет. Распознать искусственные болезни часто чрезвычайно сложно, тем более что симуляцию, притворную или искусственную болезнь необходимо не только распознать, но и доказать. Вместе с тем всегда остается опасность принять за симулянта действительно больного

человека, и только большой опыт, терпение и доброжелательность врача помогают безошибочно провести эту сложную экспертизу.

### **Экспертиза полового состояния**

Перед судебно-медицинским экспертом ставятся вопросы установления пола, половой зрелости, производительной способности, половой неприкосновенности, беременности, бывших родов и аборта, заражения ВИЧ-инфекцией или венерической болезнью и др. Судебно-медицинскому эксперту нередко приходится работать вместе с врачами других специальностей — акушерами-гинекологами, педиатрами, психиатрами.

*Установление пола* бывает необходимо при *гермафродитизме*, т.е. одновременном наличии мужских и женских половых признаков. Гермафродитизм может быть истинным и ложным. При истинном гермафродитизме у человека есть и яички, и яичники. Ложный гермафродитизм является по существу врожденным пороком развития наружных половых органов, внешне напоминающих органы другого пола. При этом у женщин-гермафродитов имеются матка и яичники, а у мужчин — яички. После рождения такому ребенку определяют ту или иную половую принадлежность, но в дальнейшем может потребоваться определение истинного пола и в связи с этим изменение половой принадлежности и соответствующих документов. Необходимость судебно-медицинской экспертизы по установлению пола может возникать при получении паспорта, призыве на воинскую службу, при расторжении брака и исках по алиментам, а также при изменении пола трансвеститами. Экспертиза проводится и в уголовных делах в связи с развратными действиями, половыми извращениями.

При экспертизе учитываются особенности развития наружных и внутренних половых органов, выделений из них (менструальные выделения, семенная жидкость), половое влечение, психическое развитие. При необходимости может быть проведено стационарное обследование с изучением эндокринного статуса субъекта. Особые сложности возникают при экспертизе *трансвеститов*, так как у этих людей и внутренние, и наружные половые органы сформированы правильно, без каких-либо отклонений, но психика, психология, внутреннее духовное состояние, образ и характер мышления, восприятие окружающей действительности соответствуют противоположному полу. В этих случаях проводится комиссия судебно-медицинская экспертиза с участием психиатра, психолога, гинеколога, уролога, эндокринолога и судебно-медицинского эксперта, а иногда судебно-психиатрическая экспертиза.

*Определение половой зрелости* проводится наиболее часто у женщин в связи с делами о клевете, оскорблении, о половых преступлениях, развратных действиях с малолетними, в связи с половым сношением с лицом, не достигшим брачного возраста, по поводу вступления в брак с лицом, не достигшим половой зрелости, в делах об изнасиловании. Под *половой зрелостью* понимают законченное формирование женского организма, когда половая жизнь, зачатие, беременность, роды и вскармливание ребенка не приводят к

расстройству здоровья. Половая зрелость свидетельствует о способности к выполнению материнских функций. При проведении этой экспертизы учитывается общее развитие организма; развитие половых органов; способность к совокуплению, вынашиванию плода и родоразрешению; способность к вскармливанию ребенка и его воспитанию. Для установления каждого из этих признаков существуют определенные методики и антропометрические параметры. К проведению этой судебно-медицинской экспертизы в качестве экспертов часто привлекаются гинекологи и психологи. Тем не менее экспертное заключение может констатировать лишь явное достижение или явное недостижение половой зрелости.

*Определение производительной способности.* Эта экспертиза включает в себя решение по крайней мере трех вопросов — о способности к половому сношению, к оплодотворению и зачатию. У мужчин данный вид экспертизы проводится при совершении половых преступлений, прежде всего изнасилования и развратных действий, при оценке тяжести вреда здоровью при травме половых органов, а также в делах о спорном отцовстве, расторжении брака и взыскании алиментов. Экспертиза не вызывает затруднений, если в результате травмы утрачен половой член или яички. Мужчина, лишенный яичек, может сохранить способность к половому сношению, но теряет производительную способность (утрачивает способность к зачатию). Относительно несложно лабораторным путем устанавливается отсутствие производительной способности, если в сперме нет сперматозоидов (азооспермия) или они нежизнеспособны (некроспермия), что может быть врожденным или стать исходом некоторых болезней, интоксикации, лучевых поражений. Значительно сложнее решается этот вопрос при импотенции, поскольку ее очень трудно установить. При импотенции мужчина теряет способность к совокуплению, сохраняя возможность оплодотворения и зачатия. При попытке к половому сношению сперматозоиды из преддверия влагалища могут попасть во влагалище, а затем в матку. Для установления импотенции и производительной способности к экспертизе нередко привлекаются психиатры, урологи, сексопатологи.

У женщин эта экспертиза проводится в делах о присвоении ребенка, в бракоразводных делах, при определении степени вреда здоровью в случае травмы половых органов. При этом решаются те же вопросы, что и в экспертизе производительной способности у мужчин. Неспособность к совокуплению может быть связана с врожденными дефектами наружных половых органов у женщин — отсутствием влагалища или его недоразвитием, с резким изменением и деформацией влагалища в результате травмы, например термических или химических ожогов, а также вследствие *вагинизма* — рефлекторного резкого спазма мышц влагалища и дна таза, что делает невозможным введение полового члена во влагалище. К проведению экспертизы привлекается гинеколог, а нередко и эндокринолог.

*Установление половой неприкосновенности* производится в случаях обвинений в изнасиловании или покушении на изнасилование, в связи с клеветой и оскорблением девушки, при развратных действиях с малолетними,

изредка при обвинении врача в нарушении девственности пациентки при гинекологическом обследовании и в некоторых других ситуациях.

Экспертиза половой неприкосновенности у лиц женского пола связана с установлением *девственности*, т.е. отсутствием начала половой жизни. Важнейшим и основным доказательством половой неприкосновенности является неповрежденная девственная плева — складка ткани по окружности входа во влагалище. Существует около 30 вариантов девственной плевы, различающихся формой и величиной отверстия, а также особенностями краев. При первом половом акте обычно происходит разрыв девственной плевы, что называют *дефлорацией*, а само лишение девственности называется *растлением*. Однако бывает девственная плева с широким отверстием, допускающая даже многократные половые акты без нарушения целостности.

Нарушение половой неприкосновенности устанавливают по разрывам девственной плевы. Характер этих разрывов, а также особенности их заживления позволяют ориентировочно определять и время дефлорации, что является одной из основных задач экспертизы. Свежие разрывы девственной плевы сопровождаются яркими признаками. Разрывы заживают в течение 7—14 сут. В случае массивной травмы или воспаления дефлорированной плевы ее заживление затягивается до 18-20 сут. После полного заживления разрывов давность нарушения девственной плевы установить нельзя. В настоящее время стала доступной пластическая операция ушивания поврежденной девственной плевы с целью имитации девственности. При судебно-медицинской экспертизе выявление результатов такой операции не вызывает особых затруднений, но время ее проведения обычно удается установить только с помощью медицинских документов.

Судебно-медицинская экспертиза половой неприкосновенности у детей и подростков мужского пола проводится очень редко — обычно в делах о половых сношениях или развратных действиях, совершенных женщинами с мальчиками или несовершеннолетними подростками. Объективных признаков таких действий в области половых органов мальчиков нет. Иногда с помощью микроскопии удается обнаружить эпителий влагалища в содержимом препуциального мешка крайней плоти подростка, но только в том случае, если после развратных действий не проводились гигиенические процедуры.

*Установление беременности, бывших родов, аборта.* Поводами к проведению экспертизы служат изнасилование, развратные действия, подозрение на детоубийство, определение тяжести вреда здоровью в результате прерывания беременности, дела о спорном отцовстве и материнстве, установление незаконного прерывания беременности (аборта), его давности, способа проведения, бракоразводные дела и алиментные иски, дела о наследстве. К проведению этих видов экспертиз обычно привлекаются акушеры-гинекологи.

Особенностью подобных судебно-медицинских экспертиз часто является то, что женщины умышленно сообщают неверные сведения о ситуации, в которой возникла беременность, о сроках зачатия и родов, скрывают перенесенный аборт. Беременность ранних сроков устанавливается с помощью

гормональных и биологических реакций, несколько позднее - с помощью ультразвукового исследования (УЗИ) матки, а, начиная с 4-го месяца, установление беременности не представляет затруднений.

Чем раньше после родов проводится экспертиза, тем легче выявление бывших родов. Известны сроки уменьшения размеров матки, выделения из половых органов, изменения состава женского молока в зависимости от продолжительности кормления ребенка, изменения гормонального статуса. Однако после восстановления физиологического состояния половых органов и организма женщины в целом экспертиза бывших родов встречает определенные трудности, хотя она и возможна на основании ряда изменений половых путей, сохраняющихся навсегда.

Предметом судебно-медицинской экспертизы является *незаконный (криминальный) аборт*. Законным является лишь аборт, произведенный врачом в лечебном учреждении. В соответствии с этим прерывание беременности, выполненное врачом, но вне лечебного учреждения, или средним медицинским работником, где бы то ни было, и тем более человеком без медицинского образования, является незаконным. Беременные обращаются для производства аборта не в лечебное учреждение в связи с боязнью огласки, с поздними сроками беременности (более 12 нед), при которых в лечебных учреждениях прерывание беременности не производится. Криминальный аборт может произойти в результате общих воздействий на организм - поднятия тяжестей, вибрации, сдавления беременной матки, приема внутрь различных медикаментов и ядов (хинина, препаратов спорыньи, ртути, скипидара, гормональных препаратов), при введении в полость матки всевозможных жидкостей или инородных тел (спиц, катетеров, гусиных перьев), вследствие выскабливания полости матки.

При выявлении криминального аборта следует иметь в виду возможность самопроизвольного выкидыша из-за заболеваний женщины, Выкидыш может быть при различных интоксикациях, при тяжелых пороках сердца или страданиях почек, при гормональных нарушениях, при так называемом привычном невынашивании беременности, при патологическом состоянии эмбриона. На криминальный аборт могут указывать повреждения в области влагалища, шейки и тела матки - ссадины, разрывы, химические ожоги, остатки жидкостей или фрагменты инородных тел в родовых путях, а также осложнения криминального аборта - перфорация стенки матки, острое воспаление матки, сепсис. В диагностике бывшего аборта большую помощь оказывает микроскопическое изучение соскоба тканей из полости матки и канала шейки матки.

При проведении судебно-медицинской экспертизы бывшего аборта перед экспертом ставят вопросы о том, была ли у освидетельствуемой беременность, имел ли место аборт, если имел, то был ли он криминальным или самопроизвольным, в каком сроке беременности имел место аборт и сколько времени прошло с момента аборта, каким способом произведен аборт и причинен ли при этом вред здоровью освидетельствуемой, соответствует ли способ проведения аборта тому, что указывает освидетельствуемая.

Нередко приходится решать вопрос о связи прерывания беременности и травмы, на чем нередко настаивают освидетельствуемые. Следует отметить, что на ранних сроках беременности (до 10 нед), пока матка находится в полости таза, травма, не вызывает аборта. На более поздних сроках беременности тяжелая травма (сильный удар по животу или половым органам, резкое падение на ягодицы, сдавление живота) иногда может привести к прерыванию беременности в результате разрыва плодного пузыря и отслойки плаценты. В этих случаях эксперт может установить прямую связь аборта с травмой.

Криминальный аборт нередко заканчивается бесплодием в результате возникновения хронического воспалительного процесса в полости матки, а также смертью женщины от воздушной эмболии или сепсиса. Воздух может попасть в кровеносные сосуды при введении в полость матки мыльной пены, содержащей пузырьки воздуха. Воздух может попасть из спринцовки при введении различных жидкостей, которые отделяют плодное яйцо, и при этом происходит повреждение сосудов. Попавшие в кровоток воздушные пузырьки (эмболы) с током крови переносятся в сердце, вызывая его рефлекторную остановку. Мелкие пузырьки воздуха могут попасть в легкие, а также в головной мозг. При проведении криминального аборта в антисанитарных условиях в родовые пути могут попасть гноеродные микроорганизмы, которые через поврежденные сосуды с током крови разносятся в различные органы, вызывая образование множественных гнойников. Это осложнение носит название «сепсис», чрезвычайно опасно и в большинстве случаев приводит женщину к смерти. Судебно-медицинская экспертиза может установить как воздушную эмболию, так и сепсис и поэтому способна ответить на вопрос о связи криминального аборта со смертью пострадавшей, а если женщина останется жива, на вопрос о тяжести вреда здоровью.

*Судебно-медицинская экспертиза по поводу заражения ВИЧ-инфекцией и венерическими болезнями.* Эта экспертиза очень сложна, так как диагностика ВИЧ-инфекции, заканчивающегося СПИДом, возможна только на основании специальных клинических и лабораторных исследований. То же относится и к диагностике венерических болезней (сифилиса, гонореи, мягкого шанкра, венерической гранулемы). Умышленное заражение и тем, и другим является преступлением. В делах по таким преступлениям может быть назначена судебно-медицинская экспертиза. Эти болезни передаются половым путем, и заражение ими может произойти при добровольном половом акте, при изнасиловании, развратных действиях, а также при мужеложестве. ВИЧ-инфекция может быть занесена и в кровь при нарушении правил переливания и взятия крови, наркоманами, пользующимися для внутривенного введения наркотика одним шприцем, а также при других обстоятельствах, сопровождающихся возможностью перенесения ВИЧ-инфекции от больного здоровому через кровь.

Обычно после установления диагноза ВИЧ-инфекции или венерической болезни в специализированном лечебном учреждении перед судебно-медицинской экспертизой встает вопрос о том, кто из партнеров

кого заразил, хотя установить это трудно, а порой невозможно. Однако если у партнеров имеются разные стадии заболевания, то источником заражения, по всей вероятности, будет тот, у кого имеется более поздняя стадия болезни. Если у партнеров наблюдается одна и та же стадия заболевания и одинаковая выраженность симптомов болезни, то установить источник заражения медицинским путем невозможно.

### ***Судебно-медицинская экспертиза по делам о правонарушении медицинских работников***

В основном соблюдаются правила проведения экспертизы по материалам уголовного дела. Однако судебно-медицинская экспертиза по подозрению в профессиональном преступлении медицинского работника обычно назначается после предварительной служебной (административной) проверки, которая поручается прокурором (или следователем) опытным специалистам соответствующей специальности из другого лечебно-профилактического учреждения. Эти специалисты, изучив подлинники представленных им медицинских документов, составляют акт служебной проверки, в заключении которого указывают, имеются ли дефекты в диагностике или лечении и не могли ли они привести к неблагоприятным последствиям.

С учетом этой проверки либо выносится постановление о назначении судебно-медицинской экспертизы, либо дается разъяснение на жалобу об отсутствии оснований в проведении судебно-медицинской экспертизы и возбуждении уголовного дела. Другой особенностью такой экспертизы по сравнению с экспертизой по материалам дела является изучение при необходимости также первичных материалов обследования больного, а не только их интерпретации. Например, повторное изучение гистологических препаратов, повторное получение рентгенограмм и их изучение и т. д.

### ***Особенности служебного расследования случаев неблагоприятных исходов медицинской помощи***

При расследовании дел о профессиональных нарушениях медицинских работников следователь, помимо сложности самого дела, трудностей в юридической квалификации действий (бездействия) медперсонала, встречается и со специфическими сложностями. Поэтому предварительно проводится служебная проверка поступившего в прокуратуру сигнала. Члены ведомственных (административных) комиссий, которые выделяются для проверки обоснованности жалобы, являясь высококвалифицированными врачами каждый в своей специальности, не обладают соответствующим экспертным опытом, они не предупреждаются об уголовной ответственности за дачу заведомо ложного заключения. Поэтому в силу неосведомленности в юридическом значении каждого слова своих заключений, а также в силу часто встречающегося желания не подвести коллег, врача, попавшего в

трудное положение, зачастую допускают необоснованное толкование происходящего. При этом они не несут уголовной ответственности за свое заключение. Это обстоятельство должно побуждать следователей и суд тщательно изучать результаты ведомственных проверок, подвергать их анализу, зачастую прибегая к другим специалистам того же профиля. Экспертная практика показывает, что результаты служебных проверок и выводы группы судебно-медицинских экспертов достаточно часто не совпадают по существу. Причем желание «выгородить», «выручить» коллегу далеко не всегда является преобладающим.

Опыт работы с ведомственными заключениями, составленными при участии квалифицированных врачей, позволяет сделать некоторые рекомендации членам административных комиссий:

- при проведении проверок следует стремиться к предельной объективности;
- необходимо всегда помнить, что за каждой жалобой, каждым заявлением всегда стоят по меньшей мере две стороны. Одна из них наверняка не будет удовлетворена заключением членов комиссии и будет критиковать ее заключение;
- отстаивать свою точку зрения в научном споре, в судебной дискуссии с не менее подготовленными специалистами;
- текст ведомственного документа проверки должен излагаться по возможности просто, доступно, понятным языком для не медиков;
- избегать перегрузки текста специальными терминами или переводить в скобках специальные термины в их близком русском значении;
- подлинные медицинские документы должны быть изложены точно, используемые сокращения должны быть понятны и не искажать суть дела.

Исключительно важно, чтобы заключение комиссии было научно обосновано, формулировка понятна, однозначна, находилась бы в пределах компетенции не только врача, но и юриста. Не должны употребляться слова и понятия, имеющие юридический смысл: «вина», «ошибка», «неосторожное действие», «халатность», «небрежность», «несчастный случай».

Судебно-медицинская экспертиза при подозрении на профессиональное правонарушение медицинских работников имеет свои особенности. Она может быть первичной, дополнительной или повторной и проводиться группой экспертов — комиссионно или комплексно в соответствии с УПК и другими нормативными документами. Такие эксперты могут поручаться как бюро СМЭ, так и кафедрам судебной медицины медицинских вузов, факультетов повышения квалификации врачей. В Правилах производства судебно-медицинской экспертизы по материалам уголовных и гражданских дел указывается, что основанием для производства такой экспертизы является постановление следователя, прокурора или определение суда. Однако в следующих случаях постановление о назначении экспертизы вместе с материалами дела может быть возвращено без исполнения. при ненадлежащем оформлении документа о назначении экс-

пертизы:

- при отсутствии необходимых для экспертизы подлинных медицинских и юридических документов;
- при необходимости эксгумации трупа для повторного его исследования;
- при отсутствии достоверных, научно обоснованных методик исследования, либо специалистов соответствующего профиля, либо оборудования;
- при несоответствии экспертного задания пределам специальных познаний судебно-медицинских экспертов.

Письменный мотивированный отказ от производства экспертизы вместе с материалами дела должен быть направлен не позднее 5 дней с момента их получения. В случаях невозможности ответа на все вопросы, заключение должно содержать ответы на вопросы постановления, исходя из имеющихся возможностей.

После регистрации постановление вместе с материалами дела (уголовного или гражданского), иногда медицинские документы, вещественные доказательства передаются начальнику бюро или руководителю другого учреждения, где проводится экспертиза. Последние изучают документы и устанавливают их полноценность для ответа на поставленные вопросы. Затем либо сам руководитель, либо зав.отделом сложных экспертиз, если ему передается дело, в течение не более 3 дней устанавливает необходимый объем, характер исследований, персональный состав экспертной комиссии. Если привлекаются эксперты из других учреждений, то предварительно об этом ставится в известность его руководитель. Начальник бюро СМЭ разъясняет экспертам их права и обязанности в соответствии с УПК и от имени следователя, предупреждая об ответственности за дачу заведомо ложного заключения, определяет срок проведения экспертизы, который может быть продлен при необходимости предоставления дополнительных материалов либо иного способа ее проведения. Об этом письменно извещают лицо, назначившее экспертизу.

Персональный состав экспертной группы определяет лицо, назначившее экспертизу, либо руководитель учреждения, которому поручено ее производство. Обычно это бюро СМЭ, хотя это может быть кафедра судебной медицины вуза. В соответствии с названной выше Инструкцией о производстве судебно-медицинской экспертизы в РУз профессорско-преподавательский состав кафедр судебной медицины и специалисты учреждений здравоохранения могут привлекаться в качестве экспертов. Однако эта норма не согласуется со штатом и функциональными обязанностями кафедры, поэтому целесообразней назначать экспертизу через бюро СМЭ с указанием о включении в состав комиссии специалистов иных медицинских учреждений и работников кафедр вузов. Комиссионный характер экспертизы определяет орган или лицо, назначившее экспертизу, либо руководитель экспертного учреждения. Комиссия экспертов согласует цели, последовательность, объем исследований исходя из поставленных

перед ней вопросов. Каждый член комиссии независимо и самостоятельно проводит исследования, оценивает результаты и формулирует выводы. Один из экспертов, обычно назначаемый руководителем отдела или учреждения, является организатором, не отличаясь от других процессуально. Если эксперты пришли к единому мнению, то все они подписывают общее заключение или мотивированный отказ от дачи заключения. В случае разногласий каждый может написать свое отдельное заключение.

В заключении указывается, какие исследования и в каком объеме он провел, к каким выводам пришел каждый эксперт, за которое он подписывается и несет ответственность. Если делается общий вывод, то указываются подробные основания и кем они установлены. Важно, что закон не допускает вмешательства в ход исследований присутствующих при производстве экспертизы участников процесса, а при составлении заключения и совещании комиссии не разрешается и присутствие следователя или других участников процесса.

В состав группы приглашаются высококвалифицированные специалисты соответствующего медицинского профиля — хирурги, анестезиологи, травматологи, педиатры, акушеры-гинекологи и другие специалисты. Причем лица, участвовавшие ранее по данному делу в составе административной комиссии или участвовавшие иным способом в ведомственном разборе случая, не могут принимать участие в экспертном исследовании.

В выводах, являющихся ответами на вопросы следствия, суда, в их последовательности, изложенной следователем, соблюдается соответствующий вопросам порядок ответов с обязательным указанием вопросов, на которые следуют ответы. Выводы, по которым вопросы не поставлены, но они вытекают из существа дела, излагаются в конце. Выводы должны быть изложены ясно, конкретно, со ссылками на фактические данные и нормативные документы, не должны допускать различного толкования. Не допускается выход экспертов за пределы компетенции судебно-медицинского эксперта, так, в частности, не следует делать выводы о вине и ответственности, наличии состава преступления, умысле, ошибке, поскольку все это вне пределов профессиональной компетенции. Никто не вправе отстранять эксперта от начатого исследования или аннулировать его заключение.

В зависимости от обстоятельств дела при проведении экспертиз по делам профессиональных правонарушений медицинских работников могут возникать разные вопросы. Постановка их диктуется конкретной фактурой или возникшими при расследовании версиями, вытекающими из жалобы потерпевшего или его близких, патологоанатомического исследования трупа, результатов ведомственных проверок; сведений, добытых в процессе предварительного следствия и пр.

Представители ряда врачебных профессий (хирурги, акушеры, реаниматологи и др.), как и сотрудники милиции или пожарной охраны, в своей деятельности сталкиваются с опасностями, когда избежать

противоправных действий для достижения результата невозможно, и поэтому они вынуждены выбирать из двух зол меньшее. Законодательство предусматривает такую возможность с тем, чтобы при нанесении вреда охраняемым уголовным законом интересам избежать преступления. К таким обстоятельствам относятся юридические понятия «крайняя необходимость» и «обоснованный риск».

### *Моральный вред*

Под моральным вредом законодательство понимает нравственное или физическое страдание, причиненное действиями, посягающими на личные, нематериальные права либо на принадлежащие гражданину нематериальные блага. Прежде всего это жизнь и здоровье человека, личная и семейная тайна, которым может быть нанесен вред в процессе профессиональных действий или бездействия медицинского работника. Ненадлежащее врачевание приводит помимо прямого вреда жизни и здоровью человека и к моральному вреду. Это физические и психические страдания, унижение достоинства личности, посягательства на честь, достоинство и деловую репутацию человека, неприкосновенность частной жизни.

Например, грубость, проявляемое неуважение к пациенту, унижение его достоинства, причинение ему боли, страданий, когда их можно избежать, являются моральным вредом, который подлежит компенсации, так как нарушает законные права пациента. Наряду с возмещением вреда, причиненного здоровью, выразившегося в стойкой утрате трудоспособности, например, из-за укорочения конечности после ненадлежащего лечения перелома конечности, пациент вправе требовать возмещения морального вреда, так как стал хромым. И то, и другое чаще всего возмещается определенной суммой, которая в итоге определяется судом. Причем, если возмещение вреда жизни или здоровью основано на объективных показателях, то компенсация морального вреда оценивается произвольно пострадавшим и судом с учетом разумной достаточности и реальных возможностей причинителя вреда.

Моральный вред может быть причинен в связи с потерей близкого человека, разглашением врачебной тайны, заболевания, возникшего в результате нравственного страдания. Моральный вред может включать и потерю других нематериальных прав. Наряду с правами пациента не надо забывать о правах врача, которые вместе с другими мерами по социальной защите медицинского работника также предусмотрены Основами законодательства РУз об охране здоровья граждан. Врач имеет право на защиту своей профессиональной чести и достоинства в случае необоснованных жалоб, заявлений или публикаций с инсинуациями в его адрес.

Компенсация морального вреда может быть осуществлена, когда вред причинен жизни или здоровью, или имуществу гражданина, либо вследствие

распространения сведений, порочащих честь и достоинство, деловую репутацию, а также при незаконном осуждении или незаконном привлечении к уголовной ответственности, аресте или получении подписки о невыезде или иных случаях. Для компенсации морального вреда необходимы следующие основания: наличие вреда, противоправность действий причинителя вреда, причинно-следственная связь между причиненным вредом и этими противоправными действиями, вина причинителя вреда, хотя иногда ответственность наступает и при отсутствии вины.

### **Контрольные вопросы.**

1. 1. Что является основанием для проведения судебно-медицинской экспертизы установления степени тяжести телесных повреждений?
2. 2. Какие повреждения характеризуются как тяжкий вред здоровью?
3. 3. Какие повреждения относятся к вреду здоровья средней тяжести?
4. 4. Каковы признаки легкого вреда здоровью?
5. 5. Назовите виды судебно-медицинской экспертизы живых лиц.
6. 6. Что такое симуляция, аггравация, диссимуляция, членовредительство?
7. 7. Какие вопросы решаются при экспертизе полового состояния?
8. 8. Как проводится судебно-медицинская экспертиза потерпевшего, находящегося в стационаре?
9. 9. В чем заключается судебно-медицинская экспертиза по делам о правонарушении медицинских работников?
10. 10. Что понимают под моральным вредом?

## ГЛАВА 3

### СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ТРАВМАТОЛОГИЯ

#### *Виды травматизма, орудия и оружия*

Одним из важных разделов судебной медицины является *судебно-медицинская травматология*. Он посвящен изучению различных механических повреждений тела человека. *Телесные повреждения* представляют собой нарушения анатомической целостности или функции органа (тканей), возникшие от воздействия различных факторов. К таким факторам можно отнести: физические, механические, психические, химические. Повторение однородных травм у людей, находящихся в сходных условиях труда или быта, называется *травматизмом*.

Различают несколько видов травматизма:

- • транспортный (автомобильный, железнодорожный, воздушный, водный);
- • бытовой (повреждения в быту и орудиями быта, в драке, падение на дороге, удары падающими на улице предметами);
- • производственный (промышленный, сельскохозяйственный);
- • спортивный (падение со спортивных снарядов, во время игры);
- • военный (травмы военного и мирного времени у военнослужащих).

Каждая разновидность травматизма имеет свои особенности, обусловленные механизмом нанесения травм и своеобразием вызвавшего ее орудия или оружия.

Все объекты, которыми могут быть причинены механические повреждения, принято подразделять на *оружие* — средства, предназначенные для причинения повреждений при нападении или защите, и *орудия* — предметы, не предназначенные для нанесения травм и широко распространенные в быту (камень, палка и т. д.).

*Оружие* подразделяется на *холодное* (сабли, шашки, кинжалы, мечи, финские и охотничьи ножи) и *огнестрельное* (боевое, спортивное, охотничье, самодельное, вызывающее взрывы боеприпасов).

*Орудиями* могут быть *тупые твердые предметы* и по механизму их действия различают повреждения от удара, сдавливания и сотрясения, кручения, растяжения, разрыва и отрыва отдельных частей тела. *Острые орудия* (предметы) имеют один или оба острых края (лезвия) или острый конец, либо то и другое вместе (клинок). По механизму их действия различают травму, нанесенную режущим, колющим, рубящим, колюще-режущим и рубяще-колющим орудием.

При травмах различного происхождения судебная медицинская экспертиза проводится на предмет установления характера телесных повреждений и причины смерти. Перед судебной медицинской экспертизой ставятся вопросы:

- установления предмета, которым нанесена травма;
- механизма по характерным особенностям телесных повреждений;
- установления давности нанесения травмы.

При экспертизе живых лиц надлежит определить степень тяжести телесных повреждений и размер утраты общей трудоспособности. Перед экспертом могут быть поставлены и ряд других вопросов, требующих уточнения механизма и обстоятельства получения травмы.

При травматизации принципиального значения не имеет, находится ли тело человека (или его часть) в покое, а движется повреждающий предмет или наоборот. Характер же и свойства повреждений определяются не только видом предмета, но и энергией, направлением, углом и другими условиями воздействия. Наиболее часто основным механизмом травмы являются удар и сдавление при действии повреждающего предмета по отношению к телу человека. Однако наблюдается и такое воздействие, при котором образуются растяжения, разрывы и даже отрывы отдельных частей тела.

В задачу судебно-медицинского эксперта входит не только определение повреждающего предмета по свойствам и особенностям травмы, но и выделение основного повреждения, если в результате его наступила смерть. Если в морфологии повреждений, возникших в результате воздействия тупых или острых предметов, весьма существенным и даже определяющим является форма орудия, то при огнестрельных повреждениях основным фактором служит кинетическая энергия снаряда.

### ***Виды и особенности телесных повреждений***

Независимо от происхождения все виды механических повреждений подразделяются на ссадины, кровоподтеки, раны, разрывы органов, вывихи, переломы, размятие и отчленение (расчленение).

**Ссадины**—нарушения эпидермиса при тангенциальном воздействии повреждающего предмета (рис.1-2). Отслоение и смещение эпидермиса чаще происходит в толще росткового слоя, реже — на уровне верхушек сосочков кожи. При возникновении осаднения его поверхность влажная, розово-красного цвета, располагается несколько ниже смежной неповрежденной кожи. Спустя 1—2 дня поверхность ссадины выравнивается и начинает возвышаться над пограничными участками кожи. Процесс заживления идет от периферии ссадины к ее центральной части с постепенным отделением корочки к 7—10-му дню. Отпавшая корочка обнажает участок осаднения, который оказывается более плотным, гладким и нередко пигментированным.

На поверхности свежей ссадины при макро- и микроскопии иногда обнаруживаются частицы повреждающего предмета (кусочки дерева, песок, вкрапления частиц угольной пыли, смазочных масел и металлизация). При нанесении повреждений металлическими предметами металлизация обнаруживается, например, контактно-диффузионным методом. По форме

ссадины иногда можно судить о форме повреждающего предмета (ссадины, причиненные свободным краем ногтя).



Рис.1 Ссадины предплечья.



Рис.2. Ссадины плеча.

Линейные ссадины обозначаются как *царапины*. По характеру и виду ссадины эксперт может судить о давности причинения повреждения, способе его нанесения и особенностях повреждающей поверхности.

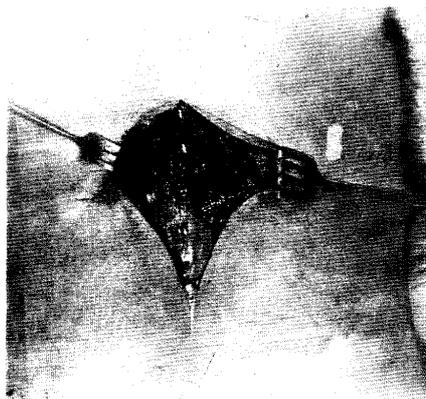
Прижизненные ссадины необходимо дифференцировать с посмертными осаднениями—пергаментными пятнами. Диагностика направлена на установление наличия реактивных процессов на границе между осаднением и неповрежденной кожей.

**Кровоподтеки** образуются от перпендикулярного (или близкого к нему) воздействия тупого твердого предмета (рис.3). При этом разрываются сосуды в коже и подлежащих мягких тканях. Излившаяся кровь пропитывает ткани, скапливается под кожей и просвечивает через нее. В первые часы после возникновения кровоподтек имеет красно-багровую окраску, а затем приобретает сине-багровый цвет вследствие перехода оксигемоглобина в восстановленный гемоглобин.

Кровь свертывается, форменные элементы распадаются, а восстановленный гемоглобин переходит в метгемоглобин, который постепенно превращается в вердогемокромоген, имеющий зеленый цвет. Кровоподтек сначала на периферии, а затем полностью становится буровато-зеленым. Вердогемоглобин, распадаясь, превращается в биливердин.

К этому времени восстанавливается и васкуляризация поврежденных тканей, а биливердин переходит в билирубин, обуславливая появление у кровоподтека желтоватой окраски. Интенсивность «цветения» кровоподтека зависит от его величины и распространенности, локализации, возраста. Чем глубже локализуется кровоподтек, тем дольше не проявляется его окраска. При наличии соответствующих анатомических условий кровоподтек

способен к перемещению. По форме кровоподтека в некоторых случаях можно судить об особенностях повреждающей поверхности предмета.



**Рис.3.** Кровоподтек в области трупного пятна.

**Раны** являются следствием нарушения целостности кожных покровов, которое часто сопровождается повреждением подлежащих мягких тканей, нервных стволов, кровеносных сосудов и даже внутренних органов. Раны в известной степени отображают особенности повреждающего предмета, от действия которого они возникли. В зависимости от вида оружия и предмета, а также механизма травмы различают раны: от действия твердых тупых предметов — ушибленные; от острых предметов — резаные, колото-резаные, колотые, рубленые; от огнестрельного оружия и боеприпасов — пулевые, дробовые, осколочные.



**Рис.4.** Колото-резаная рана, причиненная орудием с односторонней заточкой лезвия

Исследование локализации ран, особенностей их краев, раневого канала, посторонних внедрений и загрязнений как в самой ране, так и в окруж-

ности может иметь большое судебно-медицинское значение, так как позволяет судить о характере, виде повреждающего предмета и условиях возникновения травмы.

Микроскопическое исследование ран неогнестрельного происхождения производится для определения прижизненного или посмертного их происхождения. Для всех ран характерным является расхождение их краев, нарушение целостности тканей по ходу раневого канала, а для прижизненно нанесенных — кровоизлияния в полость канала (рис.4). Кровоизлияния в подкожной жировой клетчатке и мышечной ткани, окружающих раневой канал, выражены тем больше, чем менее острым и более массивным был повреждающий предмет. В результате заживления ран образуются рубцы, которые через 1—1/2 мес принимают свою постоянную форму. К этому времени в них появляются эластические волокна.

**Разрывы** внутренних органов возникают при воздействии тупых твердых тяжелых предметов или при падении с высоты. Нередко при этом отмечают несоответствие наружных и внутренних повреждений: при минимальных повреждениях на кожных покровах могут быть массивные разрушения внутренних органов, особенно паренхиматозных (их разрывы, отрывы и даже размозжения).

**Вывихи** представляют собой смещение соприкасающихся в норме суставных поверхностей и чаще наблюдаются на верхних конечностях. Кожные покровы оказываются неповрежденными, а наличие отека указывает на повреждение окружающих суставов тканей (растяжение и разрывы связок, суставной сумки, кровоизлияние в полость сустава).

**Переломом** называется нарушение анатомической целостности кости, которое сопровождается повреждением окружающих мягких тканей. По особенностям и характеру переломов костей можно судить не только о повреждающем предмете (огнестрельное оружие, рубящий предмет), но и о направлении внешнего воздействия. Размятия, расчленения тела или отчленение отдельных частей возникают чаще всего при воздействии частей рельсового транспорта, при авиационных катастрофах. Отделение частей тела может наблюдаться и при действии острых орудий или огнестрельного оружия.

Механические повреждения могут быть причиной наступления **смерти**. Такие причины многообразны, но из них можно выделить наиболее часто встречающиеся.

**Кровопотеря.** Принято различать кровопотерю обильную и острую. При **обильной кровопотери** смерть наступает вследствие истечения большого количества крови (50—70%, т. е. 2,5—3,5 л). Такое кровотечение происходит медленно, в течение нескольких часов. При судебно-медицинском исследовании трупа лица, умершего от обильной кровопотери, наблюдаются характерные признаки: бледность и сухость кожных покровов, слабо выраженные трупные пятна, резко выраженное трупное окоченение, малокровие и бледность окраски внутренних органов, сокращенная малокровная селезенка.

**Острая кровопотеря** характеризуется быстро происходящим кровотечением из магистральных сосудов. При этом резко падает внутрисердечное

давление и наступает острое малокровие головного мозга. При исследовании трупа отмечают обычные трупные пятна и трупное окоченение, сохраняется относительное полнокровие внутренних органов, под эндокардом левого желудочка сердца обнаруживаются полосчатые кровоизлияния — пятна Минакова.

**Ушиб и сотрясение головного мозга.** Они нередко сопутствуют нарушению целостности костей свода черепа, однако могут наблюдаться и при отсутствии переломов и трещин костей черепа. Чаще встречаются при травматизации тупыми предметами. Ушибы собственно ткани головного мозга обычно диагностируются соответственно месту удара и на диаметрально противоположном полюсе (противоудар). Диагностике помогает изучение «обстоятельств дела», исследование мягких тканей головы, шеи, где могут быть обнаружены следы внешнего воздействия.

**Шок.** Шок III и IV степени может явиться основной причиной смерти, когда повреждения сами по себе не приводят к ней, но сопровождаются тяжелым шоком, который в конечном итоге и обуславливает неблагоприятный исход. На вскрытии наблюдается картина остро наступившей смерти. Диагноз шока обычно ставится методом исключения других причин смерти при наличии травматизации так называемых шокогенных зон (область половых органов, шеи).

При вторичном травматическом шоке спустя 5—10 ч отмечаются типичные морфологические изменения. Диагноз может быть поставлен на основании анатомических признаков по наличию тяжелой травмы, непосредственного результата ранения местного характера, патологического депонирования крови в селезенке, печени, почках.

**Жировая эмболия.** Жир в кровяное русло попадает не только вследствие переломов костей, но и при травматизации подкожной жировой клетчатки. Капельки жира, поступившие в кровяное русло, закупоривают капилляры легких, а иногда жировая эмболия наблюдается в сосудах головного мозга и других органов. Обнаружение жировой эмболии является одним из доказательств прижизненности травмы. Кровенаполнение ткани легкого неравномерное. Наиболее массивная жировая эмболия возникает через 2—3 сут после повреждения.

**Воздушная эмболия.** Возникает при открытых повреждениях венозных стволов. Попадание в кровяное русло относительно небольших количеств воздуха (5—7 см<sup>3</sup>) может закончиться благополучным исходом вследствие растворения воздуха в крови. Быстрое поступление 10—20 см<sup>3</sup> воздуха вызывает фибрилляцию желудочков и остановку сердца.

**Смерть** от механических повреждений может последовать и вследствие осложнений, которые весьма разнообразны: инфекция, тромбоэмболии, вторичные апоплексии на месте ушиба мозга, отек гортани.

При исследовании трупов лиц, умерших в результате механической травмы, важное судебно-медицинское значение имеет установление прижизненного или посмертного происхождения повреждений, а также последовательности причинения прижизненных повреждений.

## ***Особенности повреждений в зависимости от их происхождения***

По механизму воздействия на тело человека все повреждения можно разделить на 3 группы: повреждения тупыми твердыми орудиями, повреждения острыми орудиями и повреждения огнестрельным оружием.

### **Повреждения тупыми твердыми орудиями:**

- - повреждения от ударов непосредственно тупыми орудиями, от кулака до бетонной плиты;
- - повреждения от ударов о тупые твердые предметы при падении с высоты как собственного тела, так и с нескольких километров при прыжках с парашютом;
- - транспортная травма, которую причиняют любые движущиеся механизмы.

### **Повреждения острыми орудиями:**

- - повреждения режущими орудиями, т.е. имеющими лезвие;
- - повреждения колющими орудиями, т.е. имеющими заостренный конец;
- - повреждения режуще-колющими орудиями, имеющими как лезвие, так и заостренное окончание (например, «розочка» — осколок бутылки с горлышком):
- - повреждение рубящим орудием (топор, палаш).

### **Повреждения огнестрельным оружием:**

- - повреждения ручным огнестрельным оружием;
- - повреждения гранатами, минами, снарядами;
- - повреждения взрывчатыми веществами и боеприпасами.

### ***Повреждения, причиняемые тупыми предметами***

Среди механических повреждений травматизация от действия тупых твердых предметов встречается наиболее часто. Несмотря на их многообразие, в основе таких повреждений лежит общий механизм, посредством которого нарушается анатомическая целостность тканей органа или их функция—удар или сдавление плоскостью. Направление внешнего воздействия, особенности поверхности травмирующего предмета и величина кинетической энергии — факторы, во многом определяющие характер повреждения. Среди многочисленных предметов, действие которых рассматривается как травма тупым твердым предметом, можно назвать такие, как части движущегося транспорта, различные предметы, имеющие плоскую или неровную поверх-

ность (камень, палка), так называемое натуральное оружие человека — кулак, нога.

Действие повреждающего предмета под углом  $90^\circ$  к поверхности тела человека в зависимости от кинетической энергии и ударяющей площади может причинять различные повреждения. Чем больше ударяющая поверхность, тем меньше, при прочих равных условиях, будет выражена травматизация в месте удара. На первый план выступают явления сотрясения тела и внутренних органов. Возникают разрывы паренхиматозных органов (печень, почка, селезенка). Возможны даже отрывы таких органов, как сердце, легкие, и их перемещения, что наблюдается при транспортной травме или падениях с большой высоты.

**Мягкие ткани.** Тупые твердые предметы при воздействии под прямым углом к поверхности тела редко нарушают целостность кожных покровов вследствие их большой прочности и эластичности, а подлежащие подкожная жировая клетчатка и мышцы в значительной мере амортизируют удар. В тех участках тела, где близко к коже подлежат кости (свод черепа, передняя поверхность голени и др.), при ударе тупыми предметами возникают раны, имеющие линейную форму (рис.5). Небольшая ударяющая поверхность предмета (молоток, обух топора) способствует возникновению раны с угловатыми краями соответственно граням ударяющей поверхности.



**Рис.5.** Ушибленные раны кожи головы линейной и Г-образной формы с кровоподтечными краями и закругленными концами, нанесенные тупым предметом.

Массивные тупые предметы, обладающие значительной кинетической энергией, если они действуют на тело под острым углом, способны расслаивать мягкие ткани. Образуются глубокие «карманы», наполненные излившейся кровью, а раны приобретают форму лоскутных, рваных. При значительной энергии внешнего воздействия повреждаются не только мягкие ткани, но и кости скелета.

**Длинные трубчатые кости.** При действии тупых твердых предметов в поперечном направлении эти кости разрушаются с образованием осколков,

но могут возникать и безоскольчатые переломы. Винтообразные переломы длинных трубчатых костей возникают при ротации тела вокруг фиксированной конечности или конечности относительно фиксированного тела. Особенность винтообразной линии перелома позволяет устанавливать направление ротации и тем самым судить о некоторых обстоятельствах происшествия. В зависимости от условий действия тупого твердого предмета плоские кости разрушаются неодинаково, в то время как при одинаковых механизмах травмы повреждения однотипны. При анализе механизмов травмы комплексов плоских костей (череп, грудная клетка и таз) важным является установление вида деформации каждого перелома в отдельности.

Несмотря на общие закономерности разрушения кости при действии тупых предметов в каждом случае возникает перелом, имеющий свои особенности, что в значительной мере зависит от индивидуальных свойств, формы и строения комплекса костей (череп, грудная клетка, таз).

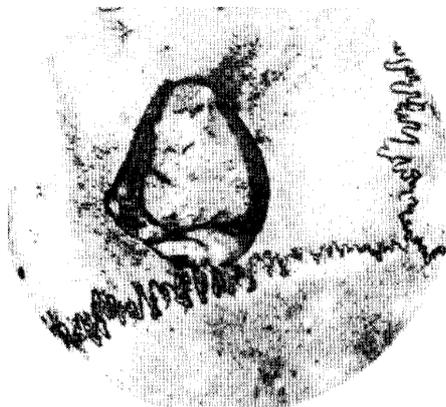
**Кости черепа.** Механическая травма черепа сопряжена в основном с непосредственным воздействием на его свод, который может выдерживать нагрузку 160—200 кг. Относительно меньшая прочность основания черепа в значительной степени компенсируется способностью амортизировать передающиеся нагрузки за счет кривизны позвоночника в шейном отделе. Череп как сложный комплекс плоских костей подвергается деформации при внешней нагрузке в зависимости от его формы и строения, с одной стороны, и механизма внешнего воздействия—с другой (рис. 6).



Рис. 6. Схема типичных переломов костей основания черепа (стрелками указаны направления ударов).

Для травмы головы тупым твердым предметом спереди наиболее характерно повреждение глазничной части лобной кости в виде продольных трещин, имеющих тенденцию к распространению в направлении турецкого седла, и разрушение решетчатой кости.

Переломы костей лицевой части черепа от действия тупых предметов встречаются относительно часто, особенно при транспортной травме. При некоторых условиях травмы тупыми предметами переломы из области костей лицевого черепа могут распространяться на основание черепа, продолжаясь иногда в виде довольно длинных трещин и даже массивных разрушений. Установление факта, что при повреждении костей мозгового черепа со смертельным исходом точкой приложения внешнего насилия явились кости лицевого скелета, имеет важное судебно-медицинское значение. При действии твердых предметов с относительно небольшой ударяющей поверхностью (например, молоток) могут образоваться дырчатые переломы (рис.7).



**Рис. 7.** Дырчатый перелом костей свода черепа, отражающий контуры повреждающего предмета (ударная прямоугольная часть молотка).

Повреждения нижней челюсти при травме тупыми предметами встречаются наиболее часто. Большое значение в механизмах повреждений нижней челюсти при действии тупых твердых предметов приобретает ее положение по отношению к верхней.

**Ребра.** В силу анатомических особенностей строения ребра весьма эластичны. Как при ударе тупым твердым предметом, так и при компрессии переломы ребер возникают в точке приложения внешнего воздействия (прямые переломы) или на протяжении (непрямые переломы). Воздействие тупого твердого предмета на грудную клетку, если ударяющая поверхность невелика, ведет к перелому одного или нескольких ребер. Множественные переломы ребер, даже по двум линиям с одной стороны грудной клетки, могут возникнуть не только при сдавлении, но и при ударе тупым предметом со значительной силой, если точкой приложения явилась лопаточная область.

Сдавление грудной клетки между двумя твердыми тупыми предметами в экспертной практике чаще всего встречается при транспортной травме. Повреждения скелета грудной клетки при компрессии имеют ряд ха-

рактрных особенностей, которые позволяют судить о механизмах травмы, а в ряде случаев—и о направлении внешнего насилия.

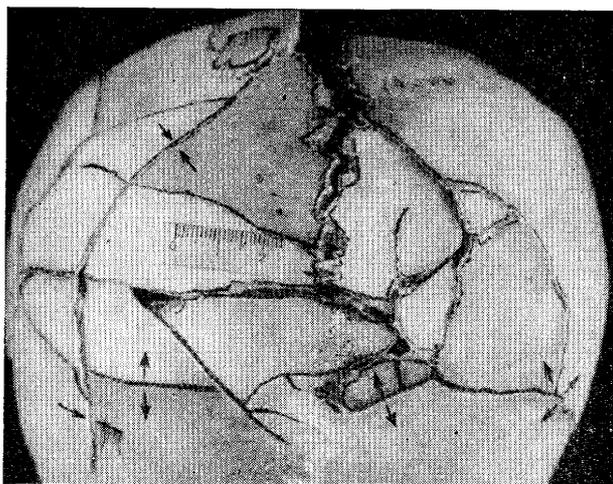
При повреждениях костей таза от удара тупыми предметами сбоку переломы костей таза локализируются в месте приложения силы; при ударе тупыми предметами сзади наибольшие разрушения костей происходят также непосредственно в месте приложения силы, — возникают поперечный перелом крестца, а также повреждения в области задних остей крыльев подвздошных костей и разрезы крестцово-подвздошных сочленений.

**Повреждения внутренних органов.** При травме тупыми предметами эти повреждения не всегда полностью отражают характер и энергию внешнего воздействия на тело человека, поскольку кожные покровы эластичны и обладают большой прочностью. Внутренние же органы могут травмироваться в значительной степени вследствие удара и сотрясения их. Распространение ударной волны по паренхиматозному органу (селезенка, печень, почки) вызывает растрескивание капсулы и разрыв ткани. Воздействие ударной волны проявляется в виде кровоизлияний в области подвешивающих связок вследствие их перерастяжения, что особенно характерно для падения с высоты и автотранспортной травмы. Наблюдаются разрывы переполненного желудочка, кишечника, наполненного мочевого пузыря. Сдавление тяжелыми предметами может привести к перемещению внутренних органов и повреждению их отломками костей.

### ***Повреждения при падении с высоты***

Особенности повреждений, возникающих при падении с высоты, позволяют решать вопрос, какой частью тела произошло соударение с плоскостью. Различают падение с высоты собственного роста и падение с большой высоты. При падении с высоты роста характерно возникновение ссадин, кровоподтеков, иногда вывихов и даже переломов. Падение с большой высоты характеризуется приобретением телом человека в момент падения большой скорости, а, следовательно, и кинетической энергии.

Известны случаи падения с очень большой высоты (несколько сотен и даже тысяч метров) с благоприятным исходом, что объясняется явлениями амортизации: падение на склон занесенного снегом оврага, амортизации взрывной волной. Падение с большой высоты и соударение ногами характеризуется тем, что в момент соприкосновения с плоскостью другие части тела по инерции продолжают свое движение. Возникают отрывы внутренних органов и даже их перемещения в направлении падения. Довольно характерны и переломы костей скелета: переломы пяточных костей, вколоченные переломы длинных трубчатых костей нижних конечностей, компрессионные переломы в поясничном или нижнегрудном отделах позвоночника. Встречаются травмы костей черепа в виде кругового перелома основания вокруг большого затылочного отверстия.



**Рис. 8.** Оскольчатый перелом теменных и затылочной костей при падении на голову с высоты 20 м.

При падении и соударении головой обнаруживаются перелом костей свода черепа с продолжением на основание, компрессионные переломы в шейном или верхне-грудном отделах позвоночника, разрывы или отрывы и перемещения внутренних органов также в направлении падения (рис.8).

Падение с большой высоты на какую-либо сторону тела по существу не отличается от удара тупым предметом с широкой плоскостью.

### ***Повреждения транспортными средствами***

Травма, причиняемая транспортными средствами, составляет самостоятельную группу среди механических повреждений. В соответствии с особенностями повреждений, механизмами их возникновения и типами транспортных средств принято выделять повреждения, причиняемые дорожно-транспортными средствами, средствами водного транспорта и авиационную травму.

В судебно-медицинской практике дорожно-транспортные средства принято подразделять на безрельсовые (автомобили, мотоциклы, троллейбусы, тракторы) и рельсовые (поезда, трамваи).

### **Автомобильная травма**

Под *автомобильной травмой* в судебно-медицинском отношении следует понимать повреждение, причиняемое наружными либо внутренними частями движущегося автомобиля или при выпадении из него.

К автомобильной травме не могут быть отнесены: повреждения оторвавшимися частями движущегося автомобиля или предметами, приводимыми в движение автомобилем (камень, упавший груз), утопление при паде-

нии автомобиля в воду, повреждения и ожоги, возникающие при взрыве мотора или воспламенившегося бензина, наступление скоростной смерти водителя или пассажира, отравление парами бензина или окисью углерода вследствие поступления в кабину выхлопных газов.

**Виды и механизмы автомобильной травмы.** Возникновение травмы, причиняемой движущимся автомобилем, может произойти:

- от столкновения с человеком и удара частями автомобиля с последующим падением на автомобиль, отбрасыванием на грунт и возможным скольжением по нему — трением;

- при выпадении из автомобиля (из кабины, кузова, с подножки), сопровождающемся ударами частями автомобиля, падением на грунт и скольжением по нему;

- от переезда колесом или колесами, причем в этих условиях возникают удар колесом, волочение, перекатывание, протаскивание тела по грунту;

- в кабине автомобиля от удара о части автомобиля, прижатие тела (сдавление) частями машины;

- в результате сдавления тела между частями автомобиля и другими предметами или преградами; при этом повреждения образуются от удара частями автомобиля и сдавления.

Разнообразие механизмов при отдельных этапах автомобильной травмы влечет за собой образование множества неодинаковых по характеру и локализации повреждений, которые можно разделить на следующие группы: специфические, характерные и нехарактерные. Под *специфическими* следует понимать такие повреждения, которые возникают только при определенных видах автомобильной травмы. К ним относятся контактные повреждения, отображающие форму и размеры определенных частей или деталей автомобиля при соприкосновении его с одеждой или телом человека (отпечатки протектора, фары, подфарника, бампера).



Рис. 9. Механизм образования повреждений при ударе частями движущегося автомобиля.

К *характерным* относятся повреждения, возникающие в результате переезда колесами автомобиля, при выпадении из него. Однако следует отметить, что сами по себе они не имеют доказательственной значимости, а должны оцениваться в совокупности со специфическими.

Различают три варианта столкновения автомобиля с человеком: передней, боковой и задней поверхностью автомобиля. При столкновении с передней поверхностью автомобиля повреждения возникают от удара выступающими частями — бампером, фарой. В большинстве случаев первоначальный удар наносится в области тела, расположенные ниже центра тяжести тела человека, в результате чего он падает на капот автомобиля. При этом возникают повреждения, которые обычно располагаются в области туловища, головы и верхних конечностей на стороне первичного удара. Если первичный удар наносится вблизи центра тяжести, то человек отбрасывается вперед и при падении ударяется о грунт; при этом образуются повреждения, которые наиболее часто локализуются в области туловища, головы и верхних конечностей. После падения тело по инерции некоторое расстояние продвигается по грунту, что создает травматизацию от скольжения (рис.9).

К специфическим повреждениям относятся кровоподтеки, возникающие от удара фарой или ее ободком и отражающие полностью или частично форму этих частей автомобиля. Переломы костей черепа при столкновении движущегося автомобиля с человеком в основном носят закрытый характер и чаще бывают комбинированными — повреждения свода и основания черепа. Их локализация весьма разнообразна и зависит от этапов возникновения повреждений. Наиболее распространенной локализацией являются височно-теменные, теменно-затылочные и, реже, лобные области головы.

Характер и локализация переломов во многом зависят от величины внешнего воздействия, места приложения силы, формы и размеров предмета, эластичности грудной клетки и характера одежды. В результате столкновения движущегося автомобиля с человеком наблюдаются самые разнообразные повреждения органов грудной и брюшной полостей. Степень выраженности травмы в каждом случае может быть различной. Эти повреждения являются результатом сотрясения тела, и, реже, прямого удара частями автомобиля. Повреждения от прямого удара локализуются на тех поверхностях внутренних органов, которые соответствуют месту приложения силы.

Наиболее часто травмируются легкие, печень, селезенка, почки, наблюдаются кровоизлияния под эпикардом, чаще у места впадения нижней полой вены, иногда надрывы перикарда в переходных складках. В паренхиматозных органах можно обнаружить кровоизлияния в связки, разрывы и отрыв связок, подкапсулярные разрывы ткани органов. Повреждения костей бедра и голени возникают в момент первичного воздействия выступающих частей движущегося автомобиля. Такие переломы принято называть бампер-переломами; их локализация зависит от роста человека и высоты бампера от грунта.

Бампер-переломы возникают в результате резкого однократного действия травмирующей силы, приложенной в поперечном направлении к оси кости, и имеют все признаки повреждений от воздействия тупыми предметами. О направлении внешнего воздействия можно судить по локализации ссадин и кровоподтеков, которые более интенсивны и обширны в поверхностных группах мышц незначительно выражены у места перелома.

Для возникновения повреждений у лиц, выпавших из кузова или кабины автомобиля, имеют значение скорость движения транспорта и высота падения. При переезде головы и тела человека колесами автомобиля обычно наблюдается удар движущимся колесом с последующим протаскиванием или отталкиванием тела. Затем следует наезд колеса и сдавление, от чего может образоваться деформация черепа (рис.10). Не всегда указанные этапы строго следуют один за другим, что зависит от профиля дороги, скорости движения, положения тела, веса автомобиля. На коже могут возникать специфические повреждения в виде отпечатков следов протектора автомобиля.

Механизм их образования следующий: в момент переезда колесом участки кожи сдавливаются наиболее выступающими частями протектора, а кровь из них выдавливается, переполняя участки кожи, соответствующие западающим частям протектора,—в этих местах возникают кровоизлияния (рис.11). Повреждения, отображающие только западающие части протектора, принято называть негативными отпечатками, а выступающие—позитивными. Комплекс негативных и позитивных отпечатков и составляет в целом рисунок протектора автомобиля. По этим следам можно идентифицировать конкретную автомашину. Кроме указанных следов, на коже могут обнаруживаться и характерные повреждения в виде ссадин, которые возникают в результате волочения или трения тела о грунт или колеса автотранспортного средства.



**Рис.10.** Деформация головы при переезде колесом грузового автомобиля.



**Рис.11.** Кровоизлияния прямоугольной формы на коже бедра, отображающие рисунок протектора. Переезд колесом грузового автомобиля.

При переезде колеса автомашины через грудную клетку возникают повреждения, отличительной особенностью которых является несоответствие наружных повреждений внутренним. При незначительных наружных повреждениях (и даже при полном их отсутствии) наблюдаются обширные, множественные переломы ребер, лопаток, остистых отростков позвонков.

Двусторонние переломы ребер возникают в случае переезда туловища не только в передне-заднем направлении, но и под углом. Односторонние переломы могут образоваться при прокатывании колеса вдоль туловища, по одной стороне грудной клетки. При переезде колес автотранспортных средств через область таза возникают множественные переломы тазового кольца. Повреждения у водителя и пассажиров при травме в кабине автомобиля возникают вследствие ударов тела о выступающие части, сотрясения тела и в некоторых случаях сдавления.

В зависимости от места, которое занимал человек в кабине автомобиля в момент автотранспортного происшествия, возникает тот или иной комплекс повреждений. Так, у водителей к таким повреждениям можно отнести ссадины и кровоподтеки, локализующиеся на передней поверхности грудной клетки и отображающие форму колеса рулевого управления. У пассажиров возникают обширные комбинированные повреждения внутренних органов в результате сотрясения или прямых ударов. Наблюдается также ряд других повреждений в виде ссадин, резаных ран на лице, шее и кистях рук, которые образуются от действия осколков стекла.

### **Мотоциклетная травма**

При этой травме обнаруживаются повреждения, характер которых обусловлен механизмом их возникновения, а также конструктивными особенно-

стями транспортных средств. В отличие от автомобильной при мотоциклетной травме преобладают повреждения мягких тканей в виде ссадин, кровоподтеков, ушибленных ран, которые обычно локализуются на передних поверхностях тела. При столкновении мотоцикла с движущимся транспортом или неподвижным предметом возникают контактные повреждения, которые не имеют каких-либо специфических или характерных особенностей. Однако к наиболее постоянным признакам при этом виде мототравмы можно отнести обширные рваные раны промежности, которые возникают у водителей в момент удара этой частью тела о бензобак мотоцикла. При всех видах мототравмы преобладают повреждения, возникающие от сотрясения тела. Помимо этого, мотоциклетная травма в случаях, если голова водителя или пассажира не защищена шлемом, может сопровождаться повреждениями костей черепа головного мозга. При ударе головой, которая защищена противоударным шлемом, чаще страдает шейный отдел позвоночника.



**Рис. 12.** Щелевидная рана с извилистыми, почти без осаднения краями (действие двугранного угла) у водителя мотоцикла в результате наезда на едущий впереди грузовик.

При мотоциклетной травме происходят повреждения опорно-двигательного аппарата. При столкновении мотоцикла с движущимся автотранспортом или неподвижным предметом возникают ушибы мошонки и переломы ключиц, костей лицевого черепа, костей левой голени, клиновидной и плюсневой костей, надколенника, ребер (рис.12). Переломы ребер одиночные, прямые, т. е. возникают в местах непосредственного приложения силы.

При падении с движущегося мотоцикла наблюдаются разрывы связочного аппарата лучезапястного, голеностопного и акромиально-ключичного сочленений, а также переломы надколенника, пяточной кости, костей голени, компрессионные переломы позвоночника в шейном и поясничном отделах.

## Тракторная травма

Повреждения, возникающие при этой травме, значительно отличаются от образующихся при других видах транспортных средств. Невысокая скорость трактора, большой вес и наличие гусениц характеризуют особенности наблюдаемых изменений. Специфические повреждения возникают при переезде трактора через тело. На коже образуются ссадины, кровоподтеки и раны, отображающие форму траков гусениц и имеющие вид полос или прямоугольников, расположенных параллельно на одинаковом расстоянии, которое соответствует шпорам гусениц и может отражать их индивидуальные особенности. Наряду с этим могут наблюдаться обширные полосовидные ссадины от скольжения шпоры гусеницы по телу. В момент значительного сдавления тела при переезде колесным трактором возникают обширные, грубые разрушения костей скелета и внутренних органов.

## Железнодорожная травма

При судебно-медицинской экспертизе железнодорожной травмы основной задачей является выяснение механизма образования повреждений, а также установление их прижизненного или посмертного происхождения. Различают повреждения, возникающие при перекатывании колеса железнодорожного транспорта через тело, и повреждения, образующиеся при ударе частями движущегося состава с последующим отбрасыванием на полотно железной дороги. Одной из разновидностей железнодорожной травмы является сдавление тела между буферами вагонов, падение с движущегося состава, и повреждения внутри вагонов. В связи с особенностями механизма действия колес железнодорожного транспорта при перекатывании через тело возникает ряд специфических повреждений.



**Рис. 13.** Место происшествия. Расположение трупа. Отделение головы и левой верхней конечности.

Вследствие перекатывания колеса через тело могут произойти отделение головы от туловища, разделение туловища и расчленение конечностей (рис. 13). Разделение туловища может происходить на уровне груди, живота или таза. В этих случаях на коже также выражены полосы давления и в зависимости от их расположения можно судить о положении тела на рельсах в момент его переезда. Могут наблюдаться случаи множественного расчленения конечностей и таза, которые возникают в момент протаскивания тела по железнодорожному полотну. Расчлененные части обнаруживаются на значительном расстоянии от места первоначальной травмы.

К специфическим повреждениям, образующимся при ударе частями движущегося состава с последующим отбрасыванием, нужно отнести следы волочения и отрывы конечностей. Следы волочения образуются в момент протаскивания или скольжения тела по железнодорожному полотну. В первом случае они возникают в момент фиксации к частям движущегося состава при нахождении тела вне колеи, во втором — после отбрасывания тело падает на балластный слой пути и по инерции некоторое время продолжает двигаться. При сдавлении вагонами или их частями возникают повреждения, характеризующиеся отрывами, разрывами, смещениями органов, образованием травматических грыж через разрывы диафрагмы, наличием множественных переломов ребер, позвоночника и лопаток. Иногда на коже можно выявить отпечатки частей вагонов. При падении с движущегося железнодорожного транспорта, наблюдаются большие по своей протяженности и массивности повреждения.

## **Повреждения водным транспортом**

Этот вид транспортных повреждений возникает от действия подводных крыльев, гребных винтов, якорей, в результате сдавливания тела между бортом и причалом. Повреждения гребными винтами образуются при засасывании человека струей воды под судно. Лопасти винта имеют довольно острые ребра и причиняют значительные повреждения. При этом обращает на себя внимание как бы веерообразное расположение ран, которые по своему характеру напоминают повреждения, наносимые рубящими предметами. Раны лоскутообразные, с осадненными краями.

Повреждения, причиняемые частями подводных крыльев быстро движущихся судов, напоминают раны от воздействия неострых рубящих предметов. Поскольку удар частей подводных крыльев наносится под некоторым углом по отношению к телу человека, нередко наблюдается осаднение по краям ран, формирование «карманов» и даже скальпирование кожных покровов. В основе механизмов возникновения повреждений от сдавливания тела между пирсом или причалом при швартовке судов лежит удар твердым тупым предметом с широкой поверхностью, причем может происходить неоднократное или однократное сдавливание тела. При судебно-медицинском исследовании трупа наряду с повреждениями, можно выявить признаки утопления.

## Авиационная травма

Под *авиационной травмой* понимается комплекс повреждений, причиняемых наружными или внутренними частями самолета при падении с высоты, а также в результате взрыва и воспламенения горючего.

Повреждения, возникающие при авиационных катастрофах, имеют свои особенности. Современные турбовинтовые и реактивные самолеты обладают большими скоростями, высоким потолком полета и вместительностью (одновременно берут на борт до 300 пассажиров и более). В связи с такими своеобразными условиями при авиационных катастрофах у людей наблюдаются различные по своему характеру повреждения, которые и подлежат судебно-медицинскому исследованию.

При катастрофах самолета во время посадки и взлета, а также при относительно небольших скоростях возникают различные повреждения на теле людей, а при пожарах — ожоги вплоть до обугливания. Обычна экспертиза трупов при этих условиях не представляет больших трудностей.

При высоких скоростях и падении самолета с больших высот судебно-медицинская экспертиза всегда крайне трудна. Если самолет падает на землю под прямым углом, то на месте его соударения с землей образуется большая воронка, вокруг которой на значительном расстоянии (по некоторым данным, до 0,5 км) оказываются разбросанными части самолета и останки расчлененных человеческих тел. При падении самолета под углом к земле, его части и человеческие останки могут быть обнаружены в полосе шириной до 1 км и длиной до 3—5 км.

При таких обстоятельствах экспертиза трупа в основном заключается в следующем: если трупы находятся в относительной сохранности, производится наружный осмотр с последующим вскрытием полостей и описанием основных данных. В случае осмотра останков исследуются и описываются размеры отдельных частей трупа, их топографическая принадлежность, характер повреждений, различные наложения на них, внедрившиеся инородные тела. Тщательно описывается одежда или ее сохранившиеся части (нередко во время падения и при ударах о грунт одежда полностью или частично срыгается с тела). Отмечаются обнаруженные документы, ценности, предметы украшения.

Особое внимание уделяется исследованию трупов членов экипажа. Если возникает необходимость установить положение членов экипажа в кабине в момент катастрофы, то следует иметь в виду, что каждый член экипажа занимает в кабине свое определенное место. Особое внимание уделяется исследованию трупов экипажа на наличие алкоголя, карбоксигемоглобина (в случаях пожара на борту самолета), лекарственных веществ, наркотиков, ядов, патологических изменений со стороны внутренних органов, а также на возможное наличие на теле огнестрельных повреждений, колото-резаных ран и других специфичных признаков насилия.

Особые трудности возникают при идентификации лиц, погибших при катастрофе, и особенно принадлежности отдельных частей тела одному и

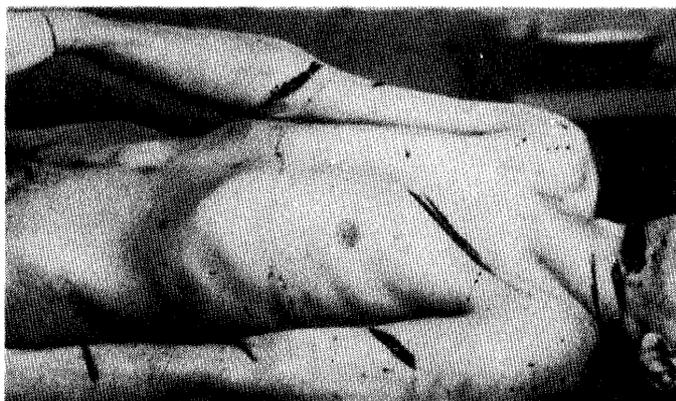
тому же трупу. Этот вопрос решается по общепринятым правилам, а при авиационных катастрофах входит в обязанность высококвалифицированных специалистов. Экспертиза трупов людей, погибших при авиационной катастрофе, представляет собой большие трудности и относится к одной из самых сложных.

### ***Повреждения острыми орудиями и оружием***

Разъединение мягких тканей острой гранью может возникать не только при перпендикулярном действии, но и при тангенциальном с условием некоторого давления. Такой механизм возникновения повреждений характерен для режущих предметов.

К **режущим предметам** прежде всего относятся ножи. В качестве режущих предметов могут выступать и такие рубящие предметы, как шашка или кинжал, а также другие предметы, имеющие остро-режущий край (например, стекло).

Для механизма действия режущего предмета характерно некоторое давление с последующим протягиванием лезвия. Это давление на всем протяжении оказывается неравномерным: оно больше в начале движения предмета и сходит на нет в конце причинения повреждения. В связи с этим резаная рана имеет типичные признаки. Края у раны ровные, концы острые. Длина раны доминирует над шириной и глубиной. Глубина раны неравномерная: она глубже в начальной трети и сходит на нет в конце.



**Рис. 14.** Множественные поверхностные резаные раны с ровными гладкими краями и острыми концами.

В конце рана может переходить в поверхностную царапину (рис.14). Если режущий предмет по одному и тому же месту перемещается несколько раз, то таких надрезов в углах раны будет несколько. Насечки могут быть обнаружены в области дна раны, например на хряще, кости. В случаях повреждений участков тела, где имеются кожные складки, резаная рана может иметь зигзагообразную форму. Неровные зубчатые края раны

образуются и при нанесении ее неострыми или зазубренными режущими предметами. Раны, нанесенные острыми предметами, например, опасной бритвой, могут быть очень глубокими. Локализация резаных ран может быть различной и ее анализ имеет большое судебно-медицинское значение. Для случаев причинения резаных ран собственной рукой характерно их расположении на передней поверхности шеи, на внутренней поверхности предплечий (рис.15). Такие раны обычно множественные, параллельные друг другу. При исследовании обширной раны в области шеи в углях раны можно обнаружить несколько насечек, свидетельствующих о неоднократном движении повреждающего предмета.



**Рис. 15.** Резаная рана сгибательной поверхности области лучезапястного сустава.

При самообороне резаные раны на теле потерпевшего могут локализоваться на ладонной поверхности (схватывание лезвия ножа) или на тыльной стороне кистей (прикрывание части тела). Причиной смерти при резаных ранах чаще всего бывает острая или обильная кровопотеря, реженик, аспирация крови и др. Режущие, предметы могут погружаться в тело не только при скольжении лезвия, но и при погружении в тело острого конца. В таких случаях принято говорить о колюще-режущих повреждениях, а сами предметы называются **колюще-режущими**. К ним относятся ножи, кинжалы, ножницы и др. Погружение остроконечного лезвия в глубину тела сопровождается разъединением тканей острым краем—разрезом (рис.16). Основным признаком колото-резаной раны является превалирование ее глубины над длиной и шириной. В зависимости от того, какой формы была заточка лезвия, раны могут походить на резаные (при двусторонней заточке лезвия), но длина раны в таких случаях будет всегда меньше глубины. При односторонней заточке рана имеет форму восклицательного знака: полулунная со стороны обушка и острая со стороны режущего края. Колото-резаная рана на коже по своей длине, как правило, оказывается больше ширины лезвия вследствие компонента резания. Длина раны может

быть шире лезвия, когда предмет под острым углом погружается в тело или при извлечении из него.



**Рис. 16.** Множественные колото-резаные раны задней поверхности шеи и спины, нанесенные орудием с двусторонней заточкой.

Глубина колото-резаной раны может зависеть не только от глубины погружения лезвия, но и от области, где нанесено ранение. Нередко дном раны является подлежащая костная ткань. Погружение колюще-режущего предмета может быть ограничено и его рукояткой. Колюще-режущий предмет, проникая в брюшную полость, может на известное расстояние смещать переднюю брюшную стенку и проникать значительно глубже, чем, казалось бы, позволяет длина лезвия. В этих случаях может оказаться, что глубина раны больше, чем длина лезвия повреждающего предмета.

Извлечение из тела повреждающего предмета может сопровождаться дополнительными надрезами, особенно если лезвие в этот момент изменило свое положение. Конические предметы самых разнообразных форм поперечного сечения, не имеющие режущего края, но с острым концом, причиняют повреждения путем их погружения. Подобные предметы обозначаются как колющие, а повреждения от них — **колотые**. К таким предметам относятся рапира, эспадрон, шило, долото, стамеска (рис. 17).

Кожные покровы повреждаются в месте воздействия острым концом. При дальнейшем погружении кожные покровы раздвигаются вследствие их растяжения. Повреждающий предмет скользит своим клинком по краю раны и может причинять осаднение. Колотая рана по своей форме щелевидная и обычно не соответствует поперечному сечению повреждающего предмета

вследствие сокращения эластических волокон кожи. Колющий предмет может иметь грани, и углы между ними при его погружении причиняют повреждение в виде лучей, которые тем более выражены, чем острее угол и чем меньше граней. Многогранный колющий предмет действует как конический круглого сечения. При значительной силе удара колющим предметом возможно повреждение кости.

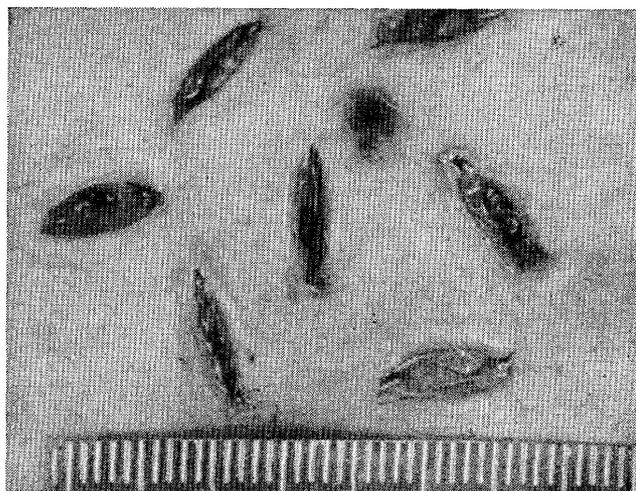
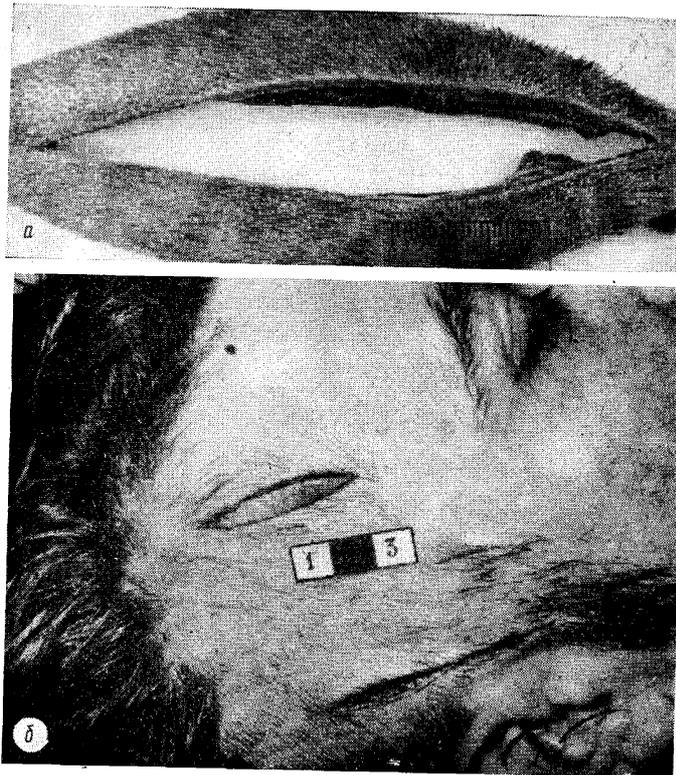


Рис. 17. Щелевидные раны с двумя надрывами в концах, нанесенные стамеской

На лезвии острого предмета, особенно колющего, могут оставаться, помимо следов крови, микроскопические частицы эпидермиса, поврежденные частицы волос, волокна одежды, клетки травмированных внутренних органов. Выявление этих вещественных доказательств при лабораторных методах исследования занимает важное место в системе идентификации повреждающего предмета.

К **рубящим** относятся предметы, имеющие клиновидное сечение и в момент удара причиняющие повреждения острой гранью. Такими предметами являются сабли, топоры, мотыги, кетмень. Повреждения, причиняемые рубящими предметами, возникают в результате удара как под прямым углом, так и под острым. Характерна для этих повреждений травматизация подлежащей костной ткани. Кожные раны при действии острых рубящих предметов обычно имеют ровные края и острые концы при перпендикулярном действии предмета, но при косом ударе лезвием топора— «носком» или «пяткой» — один угол раны принимает П-образную форму (рис.18).



**Рис. 18.** Раны головы, образовавшиеся от ударов топором: а-длинная, щелевидная, с ровными, неосажденными краями и острыми концами; б - пылевидные, относительно поверхностные.

При действии рубящего предмета под острым углом к поверхности тела возникают лоскутные раны. По краю раны, составляющей в момент удара с поверхностью лезвия острый угол, можно обнаружить следы скольжения в виде осаднения. Разъединение костной ткани лезвием рубящего предмета приводит к возникновению на краях разруба следов, характерных для конкретного экземпляра повреждающего предмета. Отдельные неровности и мельчайшие зазубрины на лезвии оставляют на кости микроскопические (часто видимые и невооруженным глазом при косопадающем освещении) следы в виде валиков и бороздок.

Исследование краев разруба кости имеет большое криминалистическое значение, так как в сопоставлении с экспериментальными разрубам образцов (резина, мягкие породы дерева, пластические массы) помогает устанавливать конкретный экземпляр орудия, причинившего повреждения. Чаще всего рубленые раны локализируются на голове и спине. В случаях самообороны повреждения обнаруживаются на тыльной поверхности кистей и предплечья. Возможны отчленения пальцев или кистей. В судебно-медицинской практике известны случаи самоповреждений путем применения

рубящих предметов. Причиной смерти при повреждениях рубящими предметами, как правило, является тразматизация жизненно важных органов или кровопотеря (острая или обильная).

### **Контрольные вопросы.**

1. Что такое судебно-медицинская травматология?
2. Какие виды травматизма являются объектами судебно-медицинской экспертизы?
3. Какова разница между понятиями «оружие» и «орудие»?
4. Что такое ссадина, кровоподтек, гематома, рана, вывих, расчленение тела?
5. На какие группы в зависимости от их происхождения могут быть разделены все повреждения тела человека?
6. Особенности повреждений, причиняемых тупыми предметами.
7. Особенности повреждений, возникающих при падении с высоты.
8. Что называется транспортной травмой?
9. Каковы особенности повреждений, причиненных различными видами транспорта?
10. Какие повреждения составляют группу травм от острых орудий или острого оружия и чем эти повреждения отличаются друг от друга?
11. Признаки колото-резаной раны.
12. Особенности повреждений, причиняемых рубящими предметами.

## ГЛАВА 4

### ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ

**Огнестрельным** называется оружие, при котором снаряд приводится в движение энергией сгорания взрывчатого вещества. Специфической особенностью огнестрельных повреждений является то, что они образуются в результате воздействия снаряда, летящего со скоростью несколько сотен и даже тысяч метров в секунду. Воздействие на тело человека в результате сгорания взрывчатого вещества может быть в виде:

- особенно огнестрельного ранения, причиняемого пулей, дробью или газами выстрела;
- повреждения осколками разорвавшихся гранат, артиллерийских снарядов, авиабомб, мин, боеприпасов, детонаторов;
- действия ударной взрывной волны, газов и высокой температуры взрыва.

Форма, характер и особенности огнестрельного повреждения определяются снарядом и видом оружия, из которого был произведен выстрел.

Огнестрельное оружие принято подразделять на артиллерийское и стрелковое. В практической деятельности судебно-медицинского эксперта чаще всего встречаются ранения, причиненные из стрелкового оружия. Оно может быть групповым (например, пулеметные установки) и ручным (рассчитанное на пользование одним лицом).

**Боевое** огнестрельное оружие состоит на вооружении армии и милиции (рис.19). Современное ручное огнестрельное оружие автоматическое. При этом перезаряжение оружия осуществляется воздействием газов, образующихся при сгорании пороха в момент выстрела. Некоторые виды автоматического оружия по конструктивным особенностям допускают возможность производить как одиночные выстрелы, так и непрерывную стрельбу. Боевое оружие включает винтовки, карабины, автоматы, пистолеты, револьверы. Все виды боевого оружия нарезные. Они в канале ствола имеют винтообразные нарезы, которые служат для сообщения пуле вращения вокруг продольной оси, что придает ей в полете устойчивость и увеличивает дальность этого полета. Винтовки, карабины и автоматы относятся к длинноствольному виду оружия и предназначены для поражения цели на расстояние до 1500 м. Пистолеты и револьверы являются короткоствольным оружием. Прицельная стрельба из пистолетов, как правило, ограничивается расстоянием 50 м.

В ручном оружии типа «револьвер» подача нового патрона для производства выстрела осуществляется механическим путем вращения магазина, имеющего форму барабана. В пистолетах выброс стреляной гильзы и подача нового патрона производятся энергией газов выстрела.

**Спортивное** оружие является нарезным, может быть неавтоматическим и автоматическим и включает два вида — винтовки и pistols различных систем.



**Рис 19.** Виды боевого огнестрельного, газового и пневматического оружия.

**Охотничье** оружие, как правило, не имеет в стволе нарезов и является гладкоствольным. Промысловые ружья — охотничьи карабины и штуцера — являются нарезным оружием. Кроме того, могут быть комбинированные ружья, в которых имеется сочетание гладких стволов с нарезным.

**Самодельное и атипичное** оружие включает самодельное («самопалы») и переделанное стандартное оружие (обрезы).

Наиболее часто в судебно-медицинской практике встречаются повреждения, причиняемые из ручного нарезного или гладкоствольного оружия. Отдельные виды и подвиды огнестрельного оружия между собой разделяются по калибру.

Калибром для нарезного оружия является диаметр ствола между нарезными полями в миллиметрах. Для охотничьих гладкоствольных ружей сохранилось старинное обозначение калибра (количество круглых свинцовых пуль, которое можно было изготовить из одного английского фунта свинца в соответствии с диаметром ствола). Наиболее распространено оружие 12-го и 16-го калибра. Кроме того, имеется оружие 10-го (редко), 20-го, 24-го, 28-го и 32-го калибра. Снарядом для нарезного оружия служит пуля, для

гладкоствольного—дробь или круглая (может быть специального назначения) пуля.

Патроны могут применяться как фабричного изготовления, так и снаряженные кустарно. Гильза служит для объединения порохового заряда и снаряда — пули или дроби. В доньшке гильзы имеется специальное гнездо с затравочными отверстиями. В гнездо вмонтирован капсюль (пистон), имеющий в своем составе инициирующее (воспламеняющее порох) вещество, например азид свинца.

В гильзу помещается порох—дымный (черный) или бездымный (пироксилиновый, нитроглицериновый). Количество пороха в граммах определяется калибром и весом оружия. Поскольку бездымный порох примерно в 3 раза больше выделяет газа при сгорании, то и употребляется он в меньшем весовом количестве по отношению к черному пороху.

Непосредственно на порохе располагается картонный кружок (по диаметру гильзы) — картонный пыж, на который кладут другой пыж — войлочный (сфанговый, древесно-волоконный). Назначение пыжей — создать наилучшую герметизацию при сгорании пороха. При кустарном снаряжении металлических гильз в качестве пыжей могут быть употреблены кусочки бумаги, газеты, части конвертов и др., которые в отдельных случаях приобретают криминалистическое значение при идентификации оружия и преступника. На пыж помещается снаряд в виде кусочков свинца (фабричная дробь круглая), который в зависимости от назначения может быть различного диаметра. Крупные сорта дроби носят название картечи. Изготовленная в домашних условиях дробь, как правило, не имеет правильной круглой формы, и иногда представляет собой кусочки нарезанной свинцовой проволоки (дрота).

Дробь удерживается в гильзе картонным пыжом. Вместо пыжа может быть употреблен другой способ, например заливка дроби парафином. В патронах для нарезного оружия пыжи отсутствуют, так как пуля при прохождении по каналу ствола плотно прилегает к его стенкам и обеспечивает тем самым необходимую герметичность.

В спортивном оружии применяются пули свинцовые, в охотничьем оружии нарезном, как правило, полуоболочечные, т. е. свинцовый сердечник по боковой поверхности имеет оболочку из более жесткого металла (мельхиор, томпак). Оболочка служит для придания жесткости пули при ее попадании в цель. Боевые патроны снабжены пулями оболочечными. Оболочка изготавливается из различных сплавов металлов. Оболочечные пули боевого оружия могут иметь специальное назначение: бронебойные, зажигательные, трассирующие, бронебойно-зажигательные. В соответствии с назначением конструируется и внутреннее устройство пули: помимо свинцовой части, она может содержать стальной сердечник (для бронебойных), светящийся состав, который делает полет пули видимым (трассирующие).

Патроны, которые не содержат снаряда (пули или дробь), называются «холостыми». При выстреле из оружия, снаряженного холостыми патронами,

из канала ствола вырываются под большим давлением газы и полусгоревшие порошинки, а из гладкоствольного оружия, кроме того, еще и пыж. Для производства выстрела снаряженный патрон вставляют в казенную часть ствола (патронник) огнестрельного оружия. Ствол запирается затвором или колодкой, имеющими специальный ударный механизм. При спуске ударный механизм разбивает капсюль патрона. В результате удара инициирующее вещество через затравочные отверстия в донце гильзы воспламеняет порох.

В момент воспламенения пороха твердое вещество почти мгновенно (за тысячные доли секунды) переходит в газообразное. Развивающееся в патроне давление достигает 400—700 атм., в гладкоствольном охотничьем оружии и 2000—3000 атм. в боевом нарезном оружии. Дробовой снаряд или пуля выталкиваются образовавшимися газами из патрона. Дробовой снаряд в канале ствола приобретает скорость до 400 м/с. Скорость вылета пули из канала нарезного оружия значительно выше: охотничьего—600—900 м/с, боевого—до 1000 м/с и более.

Газы выстрела вместе со снарядом выталкивают и воздух, который находится в стволе перед пулей (предпулевой воздух). Он выбрасывается из канала ствола со скоростью, равной движению пули. На близком расстоянии (3—5 см) от дульного среза ствола он может причинять повреждения в виде ушиба или осаднения кольцеобразной формы (кольцо воздушного осаднения) и образовывать дефекты кожи. Вместе с предпулевым воздухом вылетает незначительная часть газов выстрела, прорвавшихся вследствие недостаточной герметизации между снарядом и стенкой ствола. В момент выхода снаряда из канала ствола выбрасываются и продукты горения пороха. Сами газы выстрела содержат, помимо продуктов горения инициирующего вещества капсюля и пороха, еще и частицы металла, образовавшиеся при трении пули о стенку ствола.

При движении в воздушной среде пуля впереди—у головного конца—уплотняет воздух. Сзади пули образуются разреженное пространство и вихревой след. Этот пограничный с пулей слой приобретает тем большую скорость, чем ближе он находится к пуле. Частицы копоти выстрела могут переноситься вместе с пулей на значительное расстояние (до 1000 м) и откладываться вокруг входного пулевого отверстия как на одежде, так и на теле.

Дробовой снаряд при выстреле из ружья летит единой плотной массой, однако на небольшое расстояние (1—1,5 м). Затем он начинает рассеиваться под влиянием нескольких причин: неравномерной первоначальной скорости отдельных дробинок, деформации дроби в момент выстрела, влияния пыжа, качества снаряжения патрона, системы ружья и др. Чем дальше летит дробь, тем ее рассеивание больше—образуется как бы своеобразный конус. На расстоянии 3 м диаметр рассеивания составляет 10—20 см, а на расстоянии 25 м—60—90 см. Таким образом, по диаметру рассеивания дроби можно ориентироваться в отношении расстояния выстрела.

### ***Повреждения, причиняемые огнестрельными снарядами***

В зависимости от кинетической энергии ранящий снаряд (пуля, отдельная дроби́на) может действовать по-разному и причинять различные повреждения. Пуля со скоростью полета выше 230 м/с обладает пробивным действием, т. е. выбивает в преграде участок, несколько меньший своего диаметра. Повреждения, причиняемые пулей в одежде, носят название *«пулевого отверстия»*, а травматизация тела обозначается как *«огнестрельная (пулевая) рана»*. При скорости полета менее 150 м/с пуля действует клиновидно, причиняя слепые ранения. Пуля, обладающая минимальной кинетической энергией («на излете», слабый заряд, после рикошета) способна причинить только контузионное действие.

При ударе пулей в преграду возникает ударная головная волна и вещество, через которое движется пуля, в зоне раневого канала испытывает сотрясение.

### ***Особенности огнестрельной раны***

Огнестрельное ранение может быть *сквозным*, когда снаряд проходит через тело насквозь, *слепым*, когда он остается в теле, и *касательным*. При сквозном ранении необходимо определить входное и выходное отверстие (рис. 20), при слепом — только входное.

***Входная огнестрельная рана*** может образоваться в различных условиях. В судебно-медицинской практике принято различать огнестрельные повреждения в зависимости от дистанции, с которой был произведен выстрел: в упор, в пределах действия сопутствующих факторов выстрела (предпулевой воздух, газы, копоть выстрела, пламя, порошинки) и выстрел вне пределов действия этих факторов. Естественно, что у каждого вида оружия действие факторов выстрела распространяется на различную дистанцию.

Если дульный срез оружия плотно приставлен к телу, принято говорить о выстреле в упор. В таких условиях раньше пули повреждение причиняет предпулевой воздух, а пуля поступает в уже образовавшуюся рану. Вслед за пулей в раневой канал врываются газы выстрела. Они не только обуславливают разрыв кожной раны, которая приобретает звездообразное очертание, но и оказывают разрушительное действие по ходу раневого канала. В нем можно обнаружить копоть выстрела, полусгоревшие порошинки, частицы одежды (если оружие было плотно приставлено к части тела, прикрытой одеждой). Кожа в окружности входной огнестрельной раны покрыта незначительным количеством копоти, но изнутри и по ходу раневого канала она обнаруживается в избытке, особенно если патрон был снаряжен дымным порохом.

При герметично приставленном к коже (одежде) дульном срезе оружия может возникнуть его отпечаток - "штанц-марка" (штамп-отпечаток дульного среза оружия), имеющий криминалистическое значение (рис.21). По конфигурации отпечатка дульного среза оружия можно судить о его виде.

Пуля действует клиновидно, причиняя, как правило, слепые ранения. Пуля, обладающая минимальной кинетической энергией («на излете», слабый заряд, после рикошета и т. д.) способна причинить только контузионное действие. При ударе пулей в преграду возникает ударная головная волна и вещество, через которое движется пуля, в зоне раневого канала испытывает сотрясение. После прохождения пули стенки раневого канала также испытывают колебательные движения.

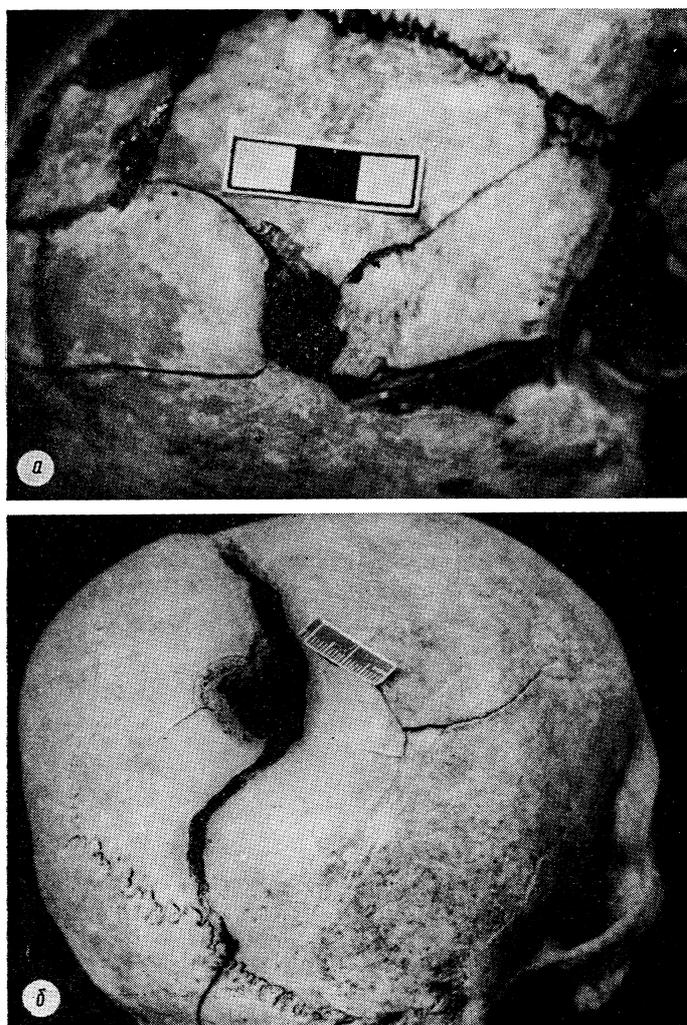


Рис. 20. Огнестрельное повреждение черепа: а — отверстие с радиальными трещинами в месте входа пули; б — разрушение черепа в месте выхода пули.

При окраске препаратов на железо по Перлсу можно обнаружить металлизацию области входной огнестрельной раны.

**Раневой канал** является продолжением входной огнестрельной раны и может иметь различные свойства в зависимости от особенностей ранящего

снаряда и органов, через которые он проходит. Различают слепые и сквозные раневые каналы. Они могут быть прямыми, ломаными, прерванными и опоясывающими. В слепом раневом канале, в его конце, обнаруживается снаряд. Однако следует иметь в виду, что при попадании в полость пуля может переместиться в силу своей тяжести. Обычно раневые каналы прямые. Встречаются ломаные раневые каналы, т. е. не составляющие прямой линии, когда пуля рикошетирует (изменяет направление полета) в теле вследствие удара о кость. В других случаях прямолинейность раневого канала устанавливается только при каком-то определенном положении тела, в то время как при обычном положении он оказывается ломаным. Это обстоятельство позволяет судить о положении тела в момент выстрела и воспроизводить отдельные детали происшествия. Раневой канал может быть прерванным в тех случаях, когда он проходит через несколько частей тела, например плечо—грудная клетка.

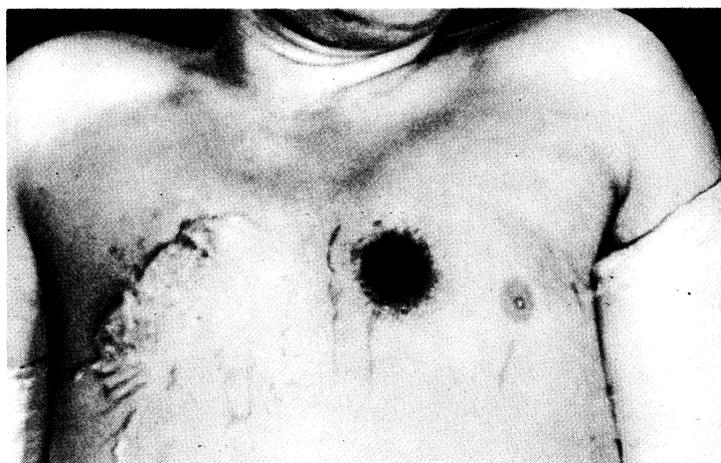


Рис. 21. «Штанц-марка» - отпечаток дульного среза при выстреле в упор в области грудины.

В раневом канале, образовавшемся вследствие выстрела в пределах действия его факторов, обнаруживаются копоть, полусгоревшие порошинки. Непосредственное воздействие пули, действие ударной головной волны, явления колебаний стенок канала после прохождения пули приводят к тому, что вслед за пулей увлекаются части разрушенных тканей. Обнаруживаются в раневом канале и кусочки тканей одежды. Все это в совокупности помогает определить направление выстрела. Пуля, повреждая полый орган, наполненный жидкостью, сообщает этой жидкости энергию удара — гидродинамическое действие. В результате при небольшой входной ране в полый орган в области выхода из него пули образуется большая рваная рана. Повреждение плоских костей (череп, таз, ребра, лопатки, грудина) имеет свои особенности. На наружной пластинке (по отношению к направлению движения пули) ранящий снаряд выбивает отверстие округлой формы, почти соответствующее диаметру пули. На противолежащей пластинке кость

оказывается поврежденной на значительно большем участке. Образуется своеобразный усеченный конус, основание которого направлено в сторону полета пули. В случаях повреждений безоболочечной пулей у места входа на кости остаются частицы мягкого металла — свинца — в виде темно-серого ободка по краю отверстия. Такая металлизация хорошо выявляется рентгенографически и в ряде случаев различима даже невооруженным глазом.

Выстрел, произведенный из дробового ружья на расстоянии до 1 м, образует одну входную рану и в начальной части раневой канал один. Вследствие изменения траектории полета отдельных дробинок в теле возникают множественные раневые каналы. При слепых огнестрельных повреждениях исследование раневого канала заканчивается обязательным обнаружением ранящего снаряда, который эксперт извлекает пальцами (не пинцетом!) и передает следователю для криминалистической экспертизы. В затруднительных случаях при отыскании пули в теле трупа можно применить рентгеновское исследование.

**Выходная огнестрельная рана** образуется вследствие того, что пуля выпячивает кожу изнутри и разрывает ее. При этом обычно не наблюдается пробивного эффекта и края раны всегда совпадают при их сближении. Рана, как правило, имеет щелевидную форму.

Выходная огнестрельная рана может образоваться в местах, где кожа прижата плотными предметами (плотная одежда, тугой ремень, если тело прижато к стене). В таких условиях в момент возникновения выходной раны кожа сдавливается между подлежащим твердым предметом и головным концом пули. Возникает зона ушиба кольцевидной формы по краю раны, имитирующая поясок осаднения. Микроскопически края выходной огнестрельной раны пологие или даже вывернутые наружу. Явлений закапчивания, металлизации и осаднения не наблюдается. Микроскопически могут быть установлены вид примененных боеприпасов (обнаружение порошинок и определение их вида), прижизненность и давность причинения повреждений (по реактивным изменениям в тканях), дистанция выстрела (обнаружение закапчивания).

Входных огнестрельных ран может быть больше, чем выходных. При множественных огнестрельных повреждениях некоторые ранения оказываются слепыми. Выходных ран бывает больше, чем входных, в случаях дробовых огнестрельных повреждений при выстреле с расстояния до 1 м, при деформации и разрыве пули на несколько частей, при ранениях образовавшимися фрагментами кости. Следует указать, что простой подсчет входных и выходных огнестрельных ран не дает еще права на вывод о множественных огнестрельных повреждениях. Пуля может травмировать при сквозном ранении несколько частей тела (например, правое плечо — грудная клетка—левое предплечье), образовав несколько входных и несколько выходных огнестрельных ран.

Множественные огнестрельные повреждения одновременно возникают или при выстреле из дробового ружья, или при взрыве гранат, бомб,

боеприпасов, или при выстреле из нарезного оружия, когда пуля от предыдущего выстрела застряла в стволе (атипичное либо испорченное оружие или боеприпасы). Если ранения были причинены через более или менее большие промежутки времени, то можно определить, какое повреждение возникло раньше или позже, но воспалительной реакции микроскопическими методами исследования. Макроскопические данные также позволяют ориентироваться, например, при ранениях грудной клетки. После первого огнестрельного повреждения возникает пневмогемоторакс, вследствие чего легкое смещается к корню. Раневой канал становится ломаным. Последующее ранение формирует прямолинейный раневой канал или вообще не повреждает ткани легкого, хотя топографически линия раневого канала должна была бы проходить через этот орган. При повреждениях плоских костей черепа от огнестрельного отверстия обычно отходят трещины. Если был произведен второй выстрел и отверстие локализуется недалеко, то трещины от второго отверстия не пересекают трещин, образовавшихся ранее.

### ***Повреждения от взрыва снарядов и взрывчатых веществ***

Такие повреждения бывают не только во время войны, но и в мирное время. Они наблюдаются при взрывных работах (в шахтах, карьерах) и становятся следствием несчастных случаев. Вместе с тем в последние десятилетия во всем мире нарастает терроризм, и взрывы все чаще носят криминальный характер. Наблюдается большое разнообразие взрывных устройств, особенно самодельных. Тем не менее механизм взрывов принципиально однотипен.

При взрыве взрывчатое вещество, обычно твердое, мгновенно переходит в газообразное состояние. Взрывчатое вещество (тол, аммонал, тротил) располагается в закрытой, обычно металлической, емкости, и газ сначала занимает объем, равный этой емкости. Создается давление в сотни атмосфер, которое разрывает емкость, сообщая осколкам очень высокую кинетическую энергию. Выделяют несколько поражающих факторов: ударную волну взрывных газов; ударную волну окружающей среды; осколки емкости и снарядов, специально расположенных в емкости взрывного устройства; вторичные снаряды—осколки кирпича, стекла, предметов и построек, расположенных в зоне взрыва. Действие этих факторов зависит от особенностей взрывчатого вещества, от расстояния от места взрыва. Ударная волна взрывных газов в непосредственной близости приводит к разрушению тела и отрывам его частей, переломам костей и отрыву внутренних органов, а также к опалению одежды, волос и к закопчению одежды и тела (рис. 22). Ударная волна окружающей среды воздействует на тело, как тупой предмет, и причиняемые ею повреждения зависят от величины избыточного давления, расстояния и других условий. Чаще других органов повреждаются легкие,

сердце и крупные сосуды, а также печень. Возможны разрывы мочевого пузыря, желудка и кишечника.

Возникает контузия головного мозга. Осколки снаряда, самой емкости, особенно начиненной металлическими предметами (гвоздями картечью), имеют разную форму и массу и разную *начальную* скорость, и кувыркаются в полете. Осколки причиняют сквозные слепые и касательные раны. Иногда эти раны сходны с пулевыми ранами (имеют округлую или звездчатую форму и поясok осаднения), иногда с повреждениями от острых орудий (рубящих, колющих). Вторичные снаряды причиняют ранения, сходные с повреждениями осколками взрывчатого устройства или снаряда. При взрыве в непосредственной близости от пострадавшего на него может оказывать химическое воздействие образующаяся окись углерода.

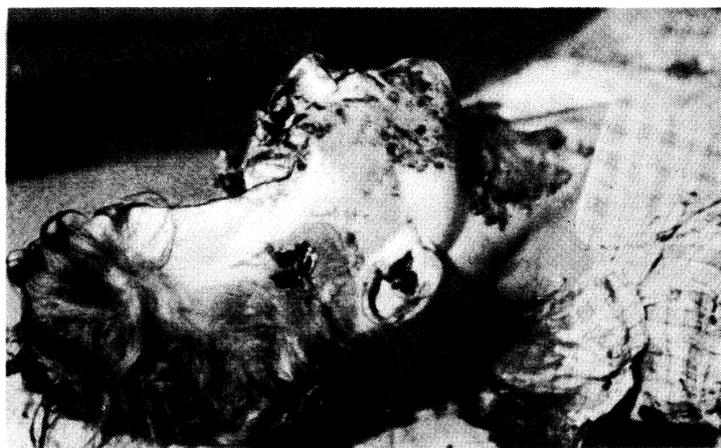


Рис. 22 . Обширное повреждение лицевого и мозгового черепа в результате взрыва мины.

### ***Повреждения дробовым оружием***

Дробь, как и все, что вылетает из канала ствола, конусообразно разлетается. Однако вначале, на расстоянии до 50—100 см и более, действует единый компактный заряд. Образуется одно входное отверстие диаметром до 1,5—3 см в зависимости от расстояния и калибра оружия, с неровными фестончатыми краями. Это отличает такую рану от пулевой. Такое ранение является наиболее тяжелым.

При выстрелах с расстояния до 2—3 м вокруг одной большой раны образуется несколько мелких рядом расположенных ран от отдельных дробинок. Причем их тем больше, чем больше радиус рассеивания. Это расстояние в отличие от компактного называют относительно компактным. При выстрелах с расстояния более 2—3 м большое отверстие совсем не образуется, а лишь множество мелких, так как действует осыпь дроби. Размер каждой раны зависит от номера дроби, обычно они похожи на пулевые. Как правило, дробовые ранения бывают слепыми. Степень разлета дроби зависит от многих факторов: количества и качества пороха в патроне,

калибра оружия, диаметра дроби (при использовании «сечки» разлет начинается с 20—30см), наконец, от особенностей пыжа, способного содействовать или препятствовать разлету дроби. Поэтому для решения вопроса о расстоянии выстрела по размеру дроби необходимо произвести экспериментальные выстрелы из этого оружия и подобными патронами с предполагаемых расстояний для сравнения.

Поражающим фактором является также пыж, он летит на десятки метров (войлочный), а при расстоянии до 2—3 м может пробить кожу. Самодельные бумажные пыжи представляют определенную ценность для криминалистов, поскольку по ним можно установить материал изготовления, определить текст, а затем книгу, из которой сделан пыж. Дробь, как и пули, также является важным вещественным доказательством, ее необходимо извлекать с соблюдением осторожности, не нанося дополнительных царапин. Все обнаруженное в раневом канале отдается следователю для назначения криминалистической экспертизы, в результате которой может быть установлено тождество оружия.

### ***Повреждения газовым оружием***

**Газовое оружие**—это особый тип гражданского оружия, предназначенного для временного поражения живой цели путем нанесения химической травмы.

Сюда относятся:

•• *Ствольное газовое оружие* (пистолеты, револьверы, однозарядное стреляющее устройство).

•• *Нествольное газовое оружие* (механические распылители раздражающего действия, аэрозольные устройства, гранаты, дымовые шашки и др.).

*Патроны к газовому оружию* подразделяются на газовые, шумовые и сигнальные.

Раздражающими веществами являются *ирританты*, которые быстро возбуждают чувствительные нервные окончания слизистых оболочек глаз и дыхательных путей. Длительное пребывание в атмосфере с высоким содержанием раздражающих веществ вызывает тяжелое расстройство здоровья и даже смерть. Ирританты подразделяют на три группы:

1. 1. *Лакриматоры* (слезоточивые вещества), вызывающие сильную боль, резь, жжение в глазах, частое мигание, ощущение инородного тела, светобоязнь, слезотечение, конъюнктивит, отек роговицы; действующие раздражающе на дыхательные пути, носоглотку, рот, вызывая тошноту, рвоту. Попадая на кожу, они вызывают эритему, зуд.

2. 2. *Стерниты* (чихательные вещества), действующие на чувствительные нервные окончания верхних дыхательных путей, вызывают клинические симптомы, преимущественно воздействуя на дыхательные пути, носоглотку, рот, сопровождаясь тошнотой, рвотой, носовым кровотечением.

3. 3. *Раздражающие вещества смешанного действия*, поражающие одновременно глаза, дыхательные пути и кожные покровы, вызывающие зуд, жжение, эритему.

### ***Повреждения, причиненные самодельным оружием***

Самодельное оружие гладкоствольное, приспособленное для стрельбы фабричными патронами, чаще малокалиберными (5-6 мм). Его изготавливают в виде пистолетов, авторучек. Пуля, вылетая из ствола такого оружия, кувыркается в полете. Входная рана обычно образуется при ударе боковой поверхностью пули, и диаметр раневого отверстия и пулевого канала больше диаметра пули. При выстреле из самодельного оружия начальная скорость пули ниже, чем при выстреле из обычного оружия поэтому чаще она образует в теле слепой раневой канал. Значительная часть пороха при выстреле не сгорает, и при выстреле с близкого расстояния вокруг входного раневого отверстия много несгоревших зерен пороха.

*Обрезами* называют боевое или охотничье оружие с отпиленной частью ствола и приклада. Укороченный ствол, даже сохранивший часть нарезов, при выстреле не придает пуле продольного вращательного движения. Вылетев из ствола, она начинает кувыркаться, что отражается на особенностях огнестрельной раны. Пули, выпущенные из обреза, часто фрагментируются, и на теле потерпевшего образуется несколько входных ран. При выстреле из обреза гладкоствольного ружья дробь рассеивается значительно больше и на более коротком участке трассы, что может иметь значение при судебно-медицинской экспертизе повреждений.

Такое самодельное оружие, как самопалы, поджиги, изготавливают из различных металлических трубок. Один конец трубки сплющивают, а в трубке пропиливают затравочное отверстие. Трубку прикрепляют проволокой к деревянной рукоятке в виде пистолета. В трубку засыпают массу со спичечных головок, куски горючей фотопленки, затем забивают пыж, изготовленный из газетной бумаги, тряпок, и, наконец, помещают снаряд (пуля, дробь, рубленые гвозди). Через затравочное отверстие горючую массу поджигают и производят выстрел. При этом нередко снаряд заклинивает в трубке, она разрывается, и ее осколки причиняют повреждения стрелявшему. Однако даже «холостой» выстрел из самопала, произведенный в упор, может причинить смертельное ранение.

### ***Повреждения, причиненные атипичным оружием***

К такому оружию относят различные перфораторы и строительномонтажные пистолеты, в которых используется энергия выстрела. Их заряжают «холостым» патроном и специальными гвоздями-дюбелями, которые пробивают бетонные стены и металлические конструкции. Входные раны, причиненные дюбелями, имеют определенные отличия от ран, причиненных пулями, в связи с конструкцией дюбеля (он имеет шляпку) и

относительно малой скоростью его полета. Раневой канал при ранении дубелями, как правило, слепой, широкий, с выраженным разрушением стенок.

### ***Повреждения, причиненные метательным оружием***

К метательному оружию относятся также арбалеты, луки, ружья для подводной охоты, которые не имеют ничего общего с огнестрельным оружием. В качестве повреждающих предметов в них выступают стрелы, дротики, гарпуны. Кинетическая энергия снаряда в таких устройствах создается либо их упругими свойствами (например, лук), либо специальной конструкцией (например, у духового ружья). Стрелы, дротики и гарпуны причиняют колотые ранения, иногда значительные, и имеют слепой раневой канал.

Метательное оружие является устройством с конструктивными и баллистическими свойствами, иногда сходными с огнестрельным оружием. В метательном устройстве пуля получает кинетическую энергию от сжатого воздуха. Тем не менее метательное устройство относят к пневматическому оружию. В канале ствола такого оружия имеется камера, в которой воздух сжимается специальным поршнем. Пуля, находящаяся в стволе, вылетает после освобождения поршня спусковым крючком, и расширяющийся воздух сообщает ей поступательное движение. Скорость пули небольшая, она летит на расстояние 30—50 м. Пули представляют собой металлические (обычно свинцовые) колпачки, иногда с кисточкой сзади для устойчивости полета. В качестве пули иногда использует дробь, кусочки свинца.

При выстреле даже с расстояния нескольких метров пуля может причинить смертельные повреждения (при ранении головного мозга через орбиту, при ранении сонной артерии, при ранении сердца через грудную клетку). У входной раны обычно нет дефекта кожи, так как пуля входит в тело, клиновидно натягивая кожу. Отсутствуют и дополнительные факторы выстрела. Раневой канал всегда слепой.

### ***Особенности судебно-медицинской экспертизы огнестрельных повреждений***

Причиной смерти при огнестрельной травме могут быть обусловленные самой травмой грубые, несовместимые с жизнью повреждения в виде разрушения головы, сердца, печени, расчленения туловища. Привести к смерти могут также последствия огнестрельных повреждений — острая кровопотеря, шок, инфекции, стойкие изменения организма. Среди этих причин смерти острая кровопотеря встречается наиболее часто. Кровь составляет 8—8,5% массы тела. Однако для механизма смерти от кровопотери важное значение имеет не только количество утраченной крови, но и скорость, с которой теряется кровь. Так, потеря менее 500 мл является небольшой и неопасной для жизни, организм

быстро восстанавливает массу крови; потерю от 600 до 1100 мл крови принято считать вредной, а от 1100 до 1500 мл — массивной и опасной. Потеря 60% массы крови смертельна. Для мужчин потеря в среднем 1,5 л крови также смертельна, а женщины могут компенсировать и большую кровопотерю. Вместе с тем значительно меньшая (около 500 мл), но быстрая кровопотеря может оказаться смертельной. При кровопотере быстро падает артериальное давление, а его снижение до 70/45 мм рт.ст. может обусловить остановку сердца.

Судебно-медицинский эксперт может оказать существенную помощь следствию в определении оружия, которым нанесена огнестрельная травма. Так, при множественных огнестрельных ранах, расположенных близко друг к другу, и по особенностям самих ран можно определить, что стрельба велась, например, из автомата или произведен выстрел дробью из охотничьего ружья. Для определения свойств оружия имеют значение характеристика извлеченной пули, ее пробивная способность, калибр, который можно определить по ранению костей, форма и размеры несгоревших частиц пороха вокруг входной раны.

Для судебно-медицинской экспертизы огнестрельных поражений большое значение имеет осмотр места происшествия. При этом фиксируются поза и положение трупа, наличие оружия на месте происшествия, его вид, стреляные гильзы, патроны. При выстреле в упор в стволе оружия можно обнаружить мелкие фрагменты одежды, тканей тела, следы крови. Важно зафиксировать следы крови на одежде и теле пострадавшего. При исследовании пулевых отверстий на одежде в области входной и выходной ран, а также характера этих ран на теле потерпевшего ни в коем случае нельзя обтирать или обмывать входные и выходные отверстия, зондировать раневой канал, извлекать из него что бы то ни было.

Заключение судебно-медицинской экспертизы основывают:

- - на предварительных данных (обстоятельства дела), полученных из следственных материалов;
- - на результатах судебно-медицинского исследования одежды, оружия, боеприпасов, продуктов выстрела;
- - в необходимых случаях учитывают результаты следственного эксперимента, желательного с участием судебно-медицинского эксперта.

Анализ этих материалов позволяет судебно-медицинскому эксперту ответить на многие вопросы: является ли данное повреждение огнестрельным; где находятся входная и выходная огнестрельные раны; каково расстояние выстрела; каково направление раневого канала; из какого вида и типа оружия произведен выстрел. При множественных огнестрельных повреждениях возникают вопросы о том, одномоментно нанесены множественные повреждения или было произведено несколько выстрелов; какова последовательность выстрелов; какое из огнестрельных повреждений вызвало смерть.

### **Контрольные вопросы.**

1. 1. Что такое огнестрельное ранение и каковы его виды?
2. 2. Что такое входная и выходная огнестрельные раны, каковы их особенности?
3. 3. Что такое раневой канал и каковы его виды?
4. 4. Чем характеризуется повреждения дробовым оружием?
5. 5. Перечислите виды газового оружия.
6. 6. Какое оружие относится к самодельному, атипичному и метательному?
7. 7. Как установить последовательность выстрелов?
8. 8. Охарактеризуйте взрывную травму?
9. 9. Каковы особенности судебно-медицинской экспертизы огнестрельных повреждений?

## ГЛАВА 5

### СМЕРТЬ И ТРУПНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ТРУПА.

#### *Определение причины смерти и давности ее наступления*

Наука, изучающая процесс умирания, смерть, ее причины и проявления, называется *танатологией*. Судебная медицина, кроме общей танатологии, занимается изучением и решением многих специальных вопросов, необходимых для органов правосудия и здравоохранения. Раздел танатологии, входящий в компетенцию судебных медиков, называется судебной танатологией, которая изучает все виды насильственной, скоропостижной и внезапной смерти. С судебно-медицинской точки зрения смерть человека рассматривается как смерть целого организма, что эксперт и обязан констатировать на месте происшествия.

В настоящее время *смерть* человеческого организма с общемедицинской точки зрения рассматривается с двух позиций. С первой позиции - это смерть организма как целого, т. е. констатация окончательной остановки сердца, дающая врачу право сказать, что человек умер. Это дает возможность сделать соответствующую запись в истории болезни, выдать врачебное свидетельство о смерти. С другой позиции смерть организма рассматривается как постепенное и одновременное прекращение жизнедеятельности отдельных тканей и органов в зависимости от их филогенеза и физиологических функций, т. е. процесс умирания изучается и с точки зрения переживаемости тканей и органов.

При расстройстве обмена веществ происходят сложнейшие биохимические изменения в организме, нарушается стройность ферментных процессов в субклеточных структурах. В процессе умирания происходит

резкая перестройка интимных процессов в тканях. Среди нарушении метаболизма особое значение имеет расстройство углеводного обмена, происходящего в центральной нервной системе. В тканях мозга осуществляется перестройка процессов обмена веществ. Независимо от причин, вызвавших умирание, организм перед смертью претерпевает ряд состояний, называемых *терминальными*. К ним относятся преагональное состояние, агония и клиническая смерть.

Смерть может наступить и без преагонального и агонального периодов, очень быстро, при таких повреждениях, как обширная черепно-мозговая травма, различного происхождения расчленения трупа, например при железнодорожной или авиационной травме, при некоторых заболеваниях, особенно болезненных изменениях сердечно-сосудистой системы (тромбоз венечных сосудов, спонтанные разрывы аневризм аорты и сердца и др.).

При других видах смерти, вне зависимости от ее причины, до момента наступления клинической смерти возникает так называемое *агональное состояние*, которое характеризуется глубоким нарушением всех жизненных процессов в организме и торможением отделов центральной нервной системы, лежащих выше ствола головного мозга. Период агонии является последним этапом борьбы организма за сохранение жизни. Физиологические функции в этот период регулируются бульбарными центрами.

В период агонии ослабевают сердечная и дыхательная функция, как правило, развивается отек легких, часто наблюдается помрачение сознания, нарушаются рефлексы и постепенно затухает физиологическая деятельность всего организма. Агональный период может быть кратковременным, но иногда продолжается многие часы и даже дни. Продолжительность агонального периода имеет определенное судебно-медицинское значение, так как лица, находящиеся в состоянии агонии, иногда могут производить определенные активные действия: передвигаться, причинять повреждения себе и окружающим. Одним из признаков длительной агонии является обнаружение в полостях сердца и крупных сосудах желтовато-белых свертков крови; при кратковременной агонии свертки имеют красный цвет.

Различный характер свертков крови объясняется тем, что при кратковременной агонии в крови быстро выпадают нити фибрина, в которых задерживаются форменные элементы крови, прежде всего эритроциты, поэтому и образуются свертки красного цвета. При длительном агональном периоде выпадение нитей фибрина замедляется и форменные элементы крови успевают осесть, вследствие чего посмертные свертки крови состоят в основном из нитей фибрина, который имеет желтовато-белый цвет. Агональный период после остановки сердца переходит в состояние *клинической смерти*. Этот период при своевременном медицинском вмешательстве может оказаться и обратимым.

При отсутствии внешних признаков жизни в тканях на минимальном уровне сохраняются обменные процессы. Продолжительность периода клинической смерти составляет 5—6 мин и определяется временем переживания наиболее позднего в филогенетическом отношении

образования центральной нервной системы — коры головного мозга. В последнее время наряду с применением гипотермии разработаны методы, которые позволяют к значительной степени удлинить продолжительность периода клинической смерти, что имеет чрезвычайно большое значение для решения проблемных задач, стоящих перед реаниматологами и трансплантологами.

По истечении 5—6 мин клиническая смерть в обычных условиях переходит в *биологическую смерть*, которая характеризуется наступлением необратимых изменений сначала в высших отделах центральной нервной системы, а затем и в других тканях организма. В медицине существует понятие о так называемой *мнимой смерти*, когда жизнедеятельность организма настолько ослаблена (глубокий и продолжительный обморок, летаргическое состояние и др.), что создается реальное впечатление о якобы наступившей смерти. При этом внешние проявления деятельности сердца и дыхания могут не определяться и в редких случаях врачи ошибочно констатируют наступление смерти. Для предотвращения подобных ошибок трупы лиц, умерших в больничных условиях, отправляют в патологоанатомическое отделение не ранее чем через 2 ч после наступления смерти.

С проявлением мнимой смерти судебные медики могут встретиться при осмотрах трупов на месте происшествия. Такие состояния наблюдаются при электротравмах, некоторых отравлениях, тепловом и солнечном ударах и т. д. При малейшем подозрении на мнимую смерть эксперт немедленно обязан принять меры для оказания первой медицинской помощи и в случае необходимости направить пострадавшего в ближайшую больницу.

В больничных условиях констатация смерти обычно не представляет серьезных затруднений, так как наступлению смерти почти всегда предшествует агональный период; к тому же такие больные находятся под постоянным наблюдением врачей. Установить смерть в обстановке, в которой обычно оказывается врач скорой помощи или эксперт на месте происшествия, значительно труднее.

К **ориентирующим признакам**, указывающим на наступление смерти, могут быть отнесены:

- пассивное, неподвижное положение тела;
- бледность кожных покровов;
- отсутствие дыхания, пульса и сердцебиения;
- отсутствие чувствительности на болевые, термические и обонятельные раздражители;
- отсутствие рефлексов со стороны роговицы и зрачков.

Используя комплекс перечисленных признаков, врачи в большинстве случаев устанавливают факт наступления смерти. В больничных условиях могут быть применены и инструментальные методы: рентгеноскопия грудной клетки (отсутствие ее подвижности и подвижности сердца и легких), электрокардиография и электроэнцефалография.

Для судебно-медицинских экспертов к признакам смерти, помимо описанных, относятся **достоверные признаки**, возникающие в период ранних изменений трупа:

- температура кожных покровов ниже 20°C;
- признаки высыхания (пятна Лярше);
- трупные пятна и трупное окоченение, появляющиеся в среднем через 2-4ч после смерти.

Одним из ценных признаков, указывающих на наступившую смерть, является признак Белоглазова (феномен «кошачьего глаза»), который заключается в том, что при сдавливании с боков глазного яблока зрачок приобретает овальную форму. Этот признак наблюдается уже через 10-15 мин после наступления смерти. При сдавливании глазного яблока у живого человека форма зрачка не изменяется.

Благодаря применению специально разработанных методов на основе знаний процессов умирания и переживаемости тканей и органов тысячи людей, находившихся в агонии и состоявши клинической смерти, а также новорожденные, родившиеся без признаков жизни или в асфиксии, возвращены к жизни. С точки зрения нашего законодательства, трупы, подлежащие судебно-медпцинскому исследованию, являются своеобразным видом «вещественного доказательства». Поэтому всякие манипуляции на трупе должны быть юридически оформлены.

Основной задачей при экспертизе трупа является установление причины смерти. Помимо этой основной задачи, перед судебно-медицинским экспертом обычно возникают многочисленные вопросы (определение характера повреждения, вида орудия, которым оно причинено, механизма возникновения повреждений, предшествующие заболевания), решение которых необходимо для правильного ведения следственного и судебного процессов.

Судебно-медицинская классификация определяет категорию, вид и род смерти. Существуют две категории смерти: смерть насильственная и ненасильственная. **Насильственная смерть** наступает в результате воздействия на организм различных факторов внешней среды: механических, химических, термических, электрических. Смерть **ненасильственная** наступает вследствие различных заболеваний. Скрытно или малозаметно протекающие заболевания, не вызывающие опасения для жизни, могут привести при определенных условиях к быстрой, неожиданной для окружающих смерти, наступление которой невольно вызывает подозрение на возможную смерть с применением какого-либо насилия.

Определение вида смерти связано с установлением факторов, объединяющихся по своему происхождению или воздействию на организм человека. Например, при насильственной смерти встречаются повреждения, возникающие в результате действия острыми и тупыми орудиями, частями движущихся транспортных средств, причиненные из огнестрельного оружия. Все это определяет вид смерти от механических повреждений. Повешение,

утопление, сдавление груди и живота, задушение рвотными массами и другие причины, вызвавшие асфиксию, объединяются в общий вид — механическая асфиксия. При ненасильственной смерти также имеются виды, которые объединяют патологию различных заболеваний сердечно-сосудистой системы, центральной нервной системы, органов и других систем человеческого организма.

**К родам насильственной смерти** относится:

- убийство, когда смерть обусловлена умышленным или неумышленным (по неосторожности) действием одного лица по отношению к другому;

- самоубийство, когда применено умышленное действие лица по отношению к самому себе;

- несчастный случай, когда смерть наступает при случайно возникших обстоятельствах.

**К родам ненасильственной смерти** относится:

- скоропостижная смерть;

- внезапная смерть.

Под **скоропостижной смертью** целесообразно понимать наступление смерти от заболевания, но среди кажущегося здоровья неожиданно для окружающих, поэтому она вызывает подозрение на насильственную смерть. Иногда этому способствуют обстановка на месте происшествия или неблагоприятные взаимоотношения умершего с кем-либо из его окружения. Такая смерть может наступить на улице, в транспорте, в общественном месте в считанные секунды (мгновенная смерть) либо в течение нескольких минут или часов. Их правило, от скрыто протекающего заболевания и не является следствием насильственных действий.

Чтобы установить категорию и причину смерти, такие трупы направляют на судебно-медицинское исследование. Они составляют до 30% всех трупов, поступающих в морг бюро СМЭ. Перед медиками и юристами часто возникает вопрос можно ли при отсутствии признаков насилия обойтись без вскрытия. К скоропостижной смерти относят и такие случаи, когда человек болел, но находился не в такой степени тяжести болезни, чтобы внезапно умереть. В таких случаях лечащий или семейный врач, наблюдавший больного и знающий обстановку в семье, может при отсутствии заявлений близких о подозрении на насильственную смерть или жалоб на медперсонал заполнить свидетельство о смерти. Надо только иметь в виду, что под смертью от болезни иногда может скрываться отравление, асфиксия или даже закрытая травма.

Причиной скоропостижной смерти могут быть разные болезни в зависимости от возраста. Так, в возрасте до 1 года смерть (особенно недоношенных детей) наступает от инфекционных и вирусных заболеваний, аллергии к внешним факторам, в более поздние сроки дети чаще скоропостижно умирают от пороков развития, пневмонии, инфекций, ревматизма.

Уже начиная с молодого возраста, но особенно в зрелом и пожилом, самой частой причиной, вызывающей скоропостижную смерть, являются разные формы ишемической болезни сердца. В основе этой распространенной болезни острые и хронические патологические состояния, обусловленные органическими поражениями коронарных артерий сердца (тромбоз, атеросклероз), либо функциональное состояние — спазм этих артерий, затрудняющий питание мышцы сердца и приводящий к инфаркту миокарда или его очаговой дистрофии, стенокардии, нарушениям сердечного ритма, острой коронарной недостаточности.

Скоропостижно смерть может наступить при болезнях органов дыхания (пневмония, бронхиальная астма и др.), эпилепсии, злокачественных опухолях, инфекционных болезнях (туберкулез, токсические формы гриппа, дизентерия и др.), при особо опасных инфекциях (холера, сибирская язва, чума). Диагностика скоропостижной смерти включает помимо выявления патологоанатомических изменений при вскрытии (исследовании) трупа обязательно гистологическое исследование органов и судебно-химическое исследование крови и мочи на алкоголь, а также проведение биохимического анализа тканей, а иногда и бактериологического исследования. Вывод о причине смерти должен включать установленные факты, способствующие наступлению скоропостижной смерти.

Скоропостижная смерть при ряде заболеваний наступает только в неблагоприятной обстановке. Такими факторами риска, внезапно приводящими к смерти, являются неблагоприятные метеорологические условия (резкая смена атмосферного давления, температуры воздуха); физическое перенапряжение (даже незначительное) у больных ИБС; психоэмоциональное воздействие, особенно, если оно было неожиданным. Но наиболее частыми факторами риска являются алкогольное опьянение и прием спиртного (имеется в виду этанол) даже в малых дозах. Это, как и курение, может привести к спазму артерий сердца. При содержании алкоголя в малой токсической концентрации следует проводить дифференциальную диагностику смерти со скоропостижной смертью от того или иного заболевания, когда алкоголь является способствующим фактором и отравлением этанолом, как самостоятельной причиной насильственной смерти. Только данные исследования трупа, лабораторных методов с учетом всех обстоятельств могут обеспечить достоверное установление причины смерти.

### *Эвтаназия и ее юридическое значение*

Термин «эвтаназия» заимствован из греческого языка и состоит из слова «танатос» — смерть и приставки «эу», которую можно перевести как «хороший», «счастливый». В настоящее время это понятие означает легкую, безболезненную, быструю смерть человека, искусственно вызванную по желанию безнадежно больного человека. Сейчас эвтаназию поддерживают 70—80% населения разных стран. Однако использование методов эвтаназии

иногда вызвано целями, которые никак нельзя отнести к милосердию, а нередко за благими намерениями скрывается преступление.

Надо отметить, что часть медиков и ученых считают эвтаназию недопустимой, хотя некоторые допускают условия, при которых она справедлива. Особенно это касается применения эвтаназии относительно бесперспективных новорожденных детей, причем имеется в виду пассивная эвтаназия, когда безнадежно больному по его просьбе не оказывается медицинская помощь, т.е. ему дают возможность умереть. В некоторых странах эвтаназия разрешена. На кроватях таких больных вешается табличка с условным обозначением, означающим, что в случае осложнения не следует ему оказывать реанимационную помощь, чтобы дать возможность умереть.

Так, например, ушел из жизни экс-президент США Ричард Никсон. При этом учитываются обязательные для применения эвтаназии условия, в которые входят: установление с помощью консилиума диагноза; невозможность спасения больного (когда все виды помощи использованы или отвергнуты); неоднократные просьбы больного при полном сознании и отсутствии сомнений в желании умереть; тяжелые психические и физические страдания; полная информированность больного и его желание в письменном виде, заверенное юристом.

В нашей республике эвтаназия запрещена. В «Запрещении эвтаназии» указано, что медицинскому персоналу запрещается удовлетворять просьбы или содействовать каким-либо действиям больного в ускорении его смерти. Лицо, сознательно побуждающее больного к эвтаназии или осуществляющее ее, несет уголовную ответственность.

### **Юридические проблемы проведения экспертизы при подозрении на применение эвтаназии**

В некоторых лечебных учреждениях разработаны специальные расписки с указанием, о каких конкретно последствиях проинформирован больной при юридически обоснованном праве на отказ его от медицинского вмешательства. Это соответствует международным нормам прав человека, но создает возможность легального использования пассивной эвтаназии путем «прекращения мер по поддержанию жизни». Примерно 70% смертей в отделении интенсивной терапии происходит в связи с отказом от лечения. По смыслу это не эвтаназия, так как смерть наступает вследствие патологических процессов, происходящих в организме больного, а лечение прекращается, потому что оно бесполезно. Время прекращения лечения, способы лечения и методы, которыми это все делается, могут существенно различаться. Отличить в правовом отношении такое прекращение лечения вследствие отказа от пассивной эвтаназии невозможно. Еще яснее ситуация, когда семья пациента настаивает на прекращении лечения, хотя бесперспективность этого лечения еще не очевидна.

В случаях тяжелого, опасного для жизни состояния такое вынужденное бездействие врача может рассматриваться как применение пассивной

эвтанази, ибо налицо два важных ее признака: 1) просьба самого больного не оказывать ему помощь (после информирования врачом в доступной форме о возможных последствиях) и 2) неоказание медицинской помощи по жизнеобеспечению или прекращение искусственных мер по поддержанию жизни.

Сложнее дело обстоит в случае отказа от медицинского вмешательства в отношении новорожденного или плода, а также лица, не достигшего 15 лет или признанного недееспособным. В случае тяжелого состояния такого больного решение принимают родители или законные представители, а не сам пациент. При этом законодатель не учитывает их нравственный облик, особенности обстоятельств и религиозной принадлежности, когда даже неопасное и оправданное вмешательство может больным категорически не допускаться.

По уголовному законодательству РУз неблагоприятный исход не может рассматриваться как преступление, если лицо, допустившее риск, не имея альтернативы, предприняло достаточные меры для предотвращения смерти. При этом совершенные действия должны быть обеспечены соответствующими знаниями и умениями, достаточными в конкретной ситуации, чтобы предупредить наступление вредных последствий. При существующем положении, когда эвтаназия запрещена законом, она может оформляться как отказ от медицинского вмешательства, поддерживающего жизнь. Чтобы достойно выйти из такой сложной ситуации, врач должен не только обладать высоким профессионализмом и тщательно документировать свои действия, но и быть юридически грамотным специалистом. Еще одна опасность кроется в том, что врач в зависимости от каких-то причин может умолчать о просьбе больного или огласить ее, т. е. может влиять на осуществление этого решения.

**Таблица 1**

### **Судебно-медицинская классификация смерти**

<b>I. Категория смерти</b>	
<i>насильственная смерть</i>	<i>ненасильственная смерть</i>
<b>II. Вид смерти</b>	
<i>виды насильственной смерти:</i>	<i>виды ненасильственной смерти:</i>
от механических повреждений	от заболеваний сердечно-сосудистой системы
от механической асфиксии	от заболеваний органов дыхания
от отравлений (действие ядов)	от заболеваний центральной нервной системы
от действия крайних температур	от заболевании желудочно-кишечного тракта
от действия электричества	от злокачественных новообразований
от изменения атмосферного	при инфекционных заболеваниях

давления	
от действия лучистой энергии	при беременности и родах
<b>III. Род смерти</b>	
<i>род насильственной смерти (внешнее воздействие)</i>	<i>род ненасильственной смерти (по танатогенезу)</i>
убийство	скоропостижное наступление смерти
самоубийство	внезапное наступление смерти
несчастный случай	

Сложность возникает и при доказательстве медикаментозной эвтаназии, особенно путем применения не сильнодействующих, а общепринятых лекарственных средств. В последнем случае умирание будет протекать не остро, а более продолжительно. Тогда доказать применение лекарства намеренно с целью ускорения наступления смерти невозможно.

Не только причина смерти, но и вопрос о влиянии на ее наступление тех или иных лекарств в определенных дозах и сочетаниях в связи с подозрением на эвтаназию должен ставиться перед судебно-медицинской экспертизой. Это действительно важно для следствия (независимо от оценки профессиональной деятельности врача), ибо смерть от действия лекарств наступает от отравления, т.е. является насильственной, а смерть при отказе от медицинского вмешательства — вследствие заболевания, т.е. ненасильственной.

Исключение или подтверждение насильственной смерти входит в обязанность судебно-медицинского эксперта. Судебно-медицинская классификация смерти представлена в таблице 1. После наступления биологической смерти в трупе развиваются посмертные процессы, интенсивность которых, их выраженность зависят от многих внутренних и внешних факторов. Посмертные проявления на трупе в судебной медицине принято обозначать как ранние и поздние изменения в трупе, экспертный анализ которых помогает решать многие, специальные вопросы, необходимые для органов правосудия.

При расследовании преступлений против жизни очень важным является вопрос о давности наступления смерти. Обоснованный ответ на этот вопрос оказывает большую помощь органам дознания, следствия и суда и нередко имеет решающее значение для выявления преступника. К общепринятым методам, позволяющим определить давность наступления смерти, относятся анализ изменений температуры трупа в связи с его охлаждением, изучение особенностей развития трупных пятен и трупного окоченения. На давность смерти могут указывать и некоторые признаки, появляющиеся при высыхании трупа (пятна Лярше).

Для достижения научной объективности в решении вопроса о давности наступления смерти предложено значительное количество лабораторных методик: гистологических, гистохимических, биохимических, спектрографических, биофизических и др. Подвергаются исследованиям

кровь (количество и резистентность эритроцитов, фагоцитарная активность, содержание метгемоглобина и сульфгемоглобина, калия, магния, остаточного азота и др.), спинномозговая жидкость (концентрация общего белка, глобулиновых фракций, аминокислотный состав), внутренние органы и ткани (содержание гликогена, РНК, ДНК, изменение активности ферментов группы дегидрогеназ, лизосомальных и микросомальных ферментов, хемилюминесценция гомогенатов печени и митохондрий), роговица и стекловидное тело глаз (изменение состояния клеточных элементов и химического состава) и т. д. Все предложенные методики позволяют с большей объективностью и точностью устанавливать срок наступления смерти.

### ***Трупные изменения***

Изменения, которые происходят в трупе, делят на ранние и поздние. К *ранним* относят охлаждение трупа, трупное высыхание, трупные пятна, трупное окоченение. Эти явления появляются через 2-3 ч после наступления смерти и нарастают в течение суток. *Поздние* трупные изменения проявляются в исчезновении трупного окоченения, нарастании аутолиза (саморазложения) и гниения трупа, а также в его естественной консервации в виде мумификации, жировоска или торфяного дубления. К консервации можно отнести и промерзание трупа, а также его сохранение в солевых растворах. Все эти признаки весьма важны в экспертном отношении, так как позволяют с высокой долей вероятности устанавливать время наступления смерти. Однако для этого надо иметь представление о механизмах образования трупных изменений.

### **Ранние изменения трупа**

Развитие и проявление ранних изменений в трупе зависят от многих внешних и внутренних факторов. Ранние изменения в трупе являются достоверными признаками наступившей смерти. В судебно-медицинском отношении знание закономерностей развития и проявления ранних изменений в трупе позволяет решать ряд экспертных задач: давность наступления смерти, первоначальное положение трупа. Иногда особенности трупных изменений имеют диагностическое значение, например, при некоторых видах отравлений, при обескровливании организма.

К ранним трупным изменениям относятся охлаждение, образование трупных пятен и трупного окоченения, начальный период трупного высыхания, аутолиз.

**Охлаждение.** С наступлением биологической смерти прекращаются обменные процессы и происходит физическая теплоотдача во внешнюю среду, что ведет к постепенному охлаждению тела трупа. Падение температуры тела трупа происходит до тех пор, пока она не станет на 0,5—

1°С ниже температуры окружающей среды. Более низкая температура тела трупа по сравнению с температурой окружающей среды зависит от продолжающегося процесса испарения жидкости с поверхности кожи трупа. Ряд авторов приводят данные, указывающие на время, необходимое для охлаждения трупа взрослого человека при различных температурных режимах окружающей среды: при температуре +20°С труп охлаждается приблизительно через 30 ч, при +10°С—через 40 ч, при +5°С—через 50 ч. При низких температурах (ниже—4°С) охлаждение тела переходит в замерзание трупа. На быстроту охлаждения влияет выраженность подкожного жирового слоя: при истощении охлаждение наступает быстрее и, наоборот, у тучных людей этот процесс протекает медленнее. Немаловажное значение имеет и характер одежды: чем она теплее, тем медленнее развивается охлаждение. Трупы новорожденных охлаждаются особенно быстро: это зависит от большей поверхности кожных покровов по отношению к массе тела; кроме того, эпидермис у новорожденных очень нежный и тонкий, что также способствует интенсивному охлаждению трупа.

На скорость падения температуры тела трупа оказывает влияние и причина смерти. Так, если смерть наступила от столбняка в период судорог, от сепсиса, сыпного тифа и некоторых отравлений, температура трупа после смерти на короткое время даже повышается. По некоторым данным, температура тела в течение ближайших часов после смерти может достигать до +40°С и даже выше.

Таким образом, на скорость падения температуры трупа влияют многие условия. Однако ориентировочно при обычной комнатной температуре (+16—18°С) падение температуры тела трупа имеет некоторую закономерность. После смерти охлаждение прежде всего отмечается на открытых частях тела: через 1 ч заметно ощущается похолодание кистей рук, через 2-3ч — кожи лица. Многие исследователи указывают, что температура трупа падает в среднем на 1°С в час. По другим данным, снижение температуры тела несколько замедляется после 6 ч и падает на 1°С каждые 1,5—2 ч.

Для более точного определения закономерностей падения температуры трупа, которое учитывало бы температуру окружающей среды, необходимо измерять температуру трупа через строго определенное время в начале и в конце осмотра места происшествия, а затем и при поступлении трупа в морг, с одновременным учетом температуры окружающей среды. Температуру лучше измерять каждые 2 ч с тем, чтобы установить ориентиры, указывающие на скорость ее падения при данных конкретных условиях. Температуру трупа целесообразно измерять в прямой кишке. Для более точного определения давности смерти по темпам падения температуры предложены сложные методы исследования. Таким образом, знание закономерностей процесса охлаждения трупа позволяет высказать мнение о давности наступления смерти, а температура кожных покровов трупа менее +20°С является достоверным признаком смерти.

**Трупное высыхание.** Испарение влаги с поверхности кожных покровов — физиологический, постоянно компенсируемый процесс живого организма. После наступления смерти физиологическое равновесие между потерей и пополнением жидкости нарушается, организм начинает терять жидкость путем конвекции и испарения.

Высыхание кожных покровов и видимых слизистых оболочек происходит сразу после наступления смерти, но визуально проявляется спустя несколько часов. Процесс высыхания начинается с роговиц глаз при открытых или полукрытых глазах. Не ранее 5—6 ч после наступления смерти роговицы мутнеют, а затем приобретают сероватый оттенок. Особенно отчетливо эти изменения определяются в том случае, когда глаза полукрыты. При раздвижении век становится хорошо видно треугольное помутнение на фоне прозрачной и блестящей роговицы; основанием треугольника служит радужная оболочка, вершиной являются углы глаз. Эти помутнения носят название пятен Лярске. Затем высыханию подвергается кайма губ, которая становится плотной, морщинистой и приобретает красноватый цвет, создавая впечатление о прижизненном осаднении, что может привести к ошибочным выводам. Плотным и бурым становится кончик языка, если он выступает из полости рта, что бывает при механической асфиксии.

Такие же изменения наблюдаются на слизистой оболочке малых половых губ, если выступают из-за больших половых губ. Высыхание также проявляется на участках кожных покровов, где эпидермис тонкий и нежный: обнаженной головке полового члена, коже крайней плоти, мошонке, которая приобретает сморщенный вид, становится плотной, буро-красного цвета, особенно, на ее боковых поверхностях. Это также может приводить к ошибочному заключению о якобы имевшейся прижизненной травме. Так называемый посмертный рост волос является в основном следствием высыхания кожи лица; она уплотняется, подвергается сморщиванию, вследствие чего волосы выступают над ее поверхностью и становятся хорошо видны.

Особенно интенсивному высыханию подвергаются кожа и слизистые оболочки новорожденных. Труп новорожденного при благоприятных условиях, способствующих высыханию, может терять до 100 г жидкости в сутки. Высыханию быстро подвергаются участки кожи с поврежденным эпидермисом, что может возникнуть при неосторожной транспортировке трупа, грубом его перемещении и других механических воздействиях. Эти участки кожи приобретают буроватый с красным оттенком цвет, если они расположены на нижележащих отделах трупа, и «восковидный» цвет—на вышележащих. Участки высыхания с поврежденным эпидермисом имеют пергаментный вид и поэтому носят название «пергаментные пятна».

При внимательном осмотре поверхности пергаментных пятен можно видеть просвечивающие мелкие кровеносные сосуды. Центральные участки пергаментных пятен расположены несколько ниже общей поверхности кожи. При крестообразных разрезах области пергаментных пятен кровоизлияния в

подлежащие ткани отсутствуют. Участки прижизненных осаднений также быстро подвергаются высыханию и приобретают пергаментную плотность, но они имеют красно-бурый цвет и могут слегка выступать над поверхностью кожи. При микроскопическом исследовании вырезанных участков определяется выраженная прижизненная реакция: полнокровие сосудов, отечность, мелкие и крупные кровоизлияния, лейкоцитарная инфильтрация.

Эти изменения более выражены на периферии осадненных участков, поэтому для микроскопического исследования нужно брать кусочки с участками неповрежденной кожи. При глубоких прижизненных осаднениях на крестообразных разрезах этих областей видны пропитанные кровью подлежащие мягкие ткани. Пергаментные пятна могут возникать при повреждении эпидермиса насекомыми, чаще всего тараканами и муравьями.

**Трупные пятна.** Важным экспертным действием при наружном исследовании трупа является анализ состояния трупных пятен. Трупные пятна — своеобразные, как правило, синюшно-багрового цвета, измененные участки кожи, что обусловлено посмертным перераспределением крови в трупе.

После прекращения сердечной деятельности кровь и лимфа в силу своей тяжести начинают по кровеносным и лимфатическим сосудам постепенно опускаться в относительно нижележащие отделы тела. Скопившаяся в этих отделах кровь пассивно расширяет венозные кровеносные сосуды и просвечивает через кожные покровы, образуя трупные пятна.

Расположение трупных пятен зависит от положения тела трупа. Трупные пятна при положении тела на спине образуются на задней и заднебоковых поверхностях шеи, грудной клетки, поясницы и конечностей. Если труп лежит на животе, трупные пятна проявляются на лице, передней поверхности грудной клетки и животе. При повешении, когда труп долго висит в петле, трупные пятна обнаруживаются на конечностях и нижней части живота. Участки нижележащих поверхностей трупа, прижатые тяжестью тела к плоскостям, на которых лежит труп, имеют серовато-белый цвет. Это объясняется тем, что кожные сосуды этих участков оказываются сдавленными, кровь в них отсутствует и нет условий для образования трупных пятен, что наиболее часто наблюдается в области затылка, лопаток, ягодиц, задних поверхностей бедер и икроножных мышц. На фоне трупных пятен можно видеть отпечатки одежды и предметов, оказавшихся под трупом. Таким образом, положение трупа, если оно не изменялось, предопределяет локализацию трупных пятен.

Степень выраженности трупных пятен зависит от многих причин: обильные, разлитые трупные пятна возникают, например, при механической асфиксии, при которой наблюдается жидкое состояние крови и резко выраженное полнокровие внутренних органов, при продолжительной агонии происходит сгущение крови с образованием ее красных и белых свертков, что создает препятствие для быстрого образования трупных пятен. При

кровопотерях, выраженном истощении трупные пятна обычно развиваются медленно и выражены слабо.

Цвет трупных пятен имеет подчас важное диагностическое значение. При отравлении окисью углерода образуется карбоксигемоглобин, который придает крови ярко-красный цвет, и трупные пятна соответственно приобретают выраженный красновато-розоватый оттенок; при отравлении ядами, вызывающими образование метгемоглобина (бертолетова соль, нитриты), трупные пятна имеют серовато-коричневый оттенок.

Существует определенная закономерность в образовании трупных пятен. Принято отмечать три стадии в их развитии: гипостаз, диффузию (или стаз) и имбибицию.

*Стадия гипостаза* — начальный период образования трупных пятен, который обусловлен перемещением крови в нижележащие отделы трупа. Трупные пятна в этой стадии появляются обычно в первые 2—4 ч после наступления смерти; иногда они образуются позднее, например, при обильной кровопотере. В стадии гипостаза трупные пятна при надавливании пальцем полностью исчезают, так как кровь выдавливается из сосудов, и через несколько секунд после прекращения надавливания восстанавливается их первоначальный цвет. При изменении положения тела трупные пятна полностью перемещаются в соответствии с новым положением трупа. На поверхности разрезов в области трупных пятен видны расширенные венозные кровеносные сосуды, из которых вытекает жидкая темно-красная кровь. Микроскопически, кроме расширенных кровеносных сосудов, каких-либо особенностей, типичных для этой стадии, не отмечается.

Вторая стадия трупных пятен—*диффузия*—формируется в период от 14 до 24 ч после наступления смерти. В этот период лимфа и межклеточная жидкость постепенно диффундируют через стенки кровеносных сосудов внутрь их, разбавляют плазму крови, способствуя гемолизу эритроцитов. Кровь также диффундирует через стенку сосудов и пропитывает окружающие ткани. Трупные пятна в этот период не исчезают при надавливании пальцем, а бледнеют и медленно восстанавливают свой первоначальный цвет. При изменении положения тела трупные пятна могут частично перемещаться и появляться на новых нижележащих участках тела. Ранее образовавшиеся трупные пятна сохраняются, но окраска их становится несколько бледнее. С поверхности разрезов областей трупных пятен в стадии диффузии стекает красноватая водянистая жидкость, из перерезанных кровеносных сосудов медленно выделяются капли крови. В собственно коже при микроскопическом исследовании видны явления начинающегося аутолиза: границы между клетками мальпигиева слоя теряют четкость, роговой слой обычно разрыхлен, коллагеновые волокна гомогенизируются, в подкожной жировой клетчатке—разрыхления, сходные с картиной отека.

Третья стадия — *гипостатическая имбибиция* — начинает развиваться через 24 ч после наступления смерти. Жидкость, состоящая из лимфы, межклеточной жидкости и просочившейся из кровеносных сосудов плазмы, пропитывает кожу. Трупные пятна в этой стадии не исчезают и не бледнеют

при надавливании пальцем, а сохраняют свой первоначальный цвет и не перемещаются при изменении положения трупа. На разрезах ткань однородного серовато-розового цвета, с ее поверхности стекает розовая жидкость, кровь из перерезанных сосудов не выделяется. Микроскопическая картина показывает дальнейшие аутолитические изменения.

Одновременно с появлением трупных пятен в коже трупа происходит образование так называемых трупных гипостазов во внутренних органах. При этом кровь накапливается в нижележащих отделах внутренних органов, что придает им красновато-синюшный цвет.

В некоторых случаях при исследовании трупных пятен могут быть допущены экспертные ошибки. Под тугим воротничком, шарфом трупные пятна не формируются, поэтому образовавшиеся на фоне трупных пятен светлые полосы можно принять, например, за странгуляционную борозду, которая является одним из основных признаков, указывающих на смерть от механической асфиксии. Всегда в области подозрительных участков рекомендуется производить крестообразные разрезы. При наличии кровоподтеков, как правило, хорошо видна гематома или участок ткани, пропитанный кровью и занимающий ограниченную область. При необходимости подозрительный участок кожи вместе с подкожной клетчаткой вырезают и подвергают микроскопическому исследованию. На микроскопических препаратах хорошо видны свободные эритроциты, густо инфильтрирующие ткань ретикулярного слоя кожи и подкожной клетчатки.

Так же ошибочно могут истолковываться и гипостазы внутренних органов. При исследовании задних отделов легких, если труп лежал на спине, обращает на себя внимание их выраженный синюшный оттенок, отличающийся от других участков легочной ткани, и некоторая их уплотненность, что является следствием трупных гипостазов. Такое состояние легких ошибочно можно принять за пневмонию.

Таким образом, наличие трупных пятен является достоверным признаком наступившей смерти, а их исследование служит одним из источников для решения вопроса о давности смерти, предостерегает от возможных экспертных диагностических ошибок, указывает на изменение первоначального положения трупа до осмотра его на месте обнаружения, ориентирует в диагностике некоторых причин смерти.

**Трупное окоченение.** Трупное окоченение — своеобразное состояние мышечной ткани трупа, которое начинает проявляться спустя 2—4 ч после наступления смерти. Скелетные мышцы трупа постепенно начинают уплотняться, что ведет к их укорочению. Укорочение мышц в свою очередь создает препятствие для пассивных движений в суставах нижней челюсти, верхних и нижних конечностей. Для разгибания конечностей, находящихся в состоянии выраженного трупного окоченения, необходимо применять физическую силу.

Как известно, сократительная способность живой мышечной ткани обуславливается наличием в миофибриллах мышц специфического контракильного белка — актомиозина. Сокращение мышц — сложный

физиологический процесс, состоящий из серий следующих друг за другом биохимических превращений, которые в основном определяются состоянием АТФ. Мышцы живого организма постоянно находятся в определенном тоне вследствие того, что основная масса АТФ в мышечной ткани пребывает в связанном состоянии. После наступления смерти определенное количество АТФ оказывается свободной. Этого количества достаточно, чтобы мышцы находились в расслабленном состоянии в течении 2—4 ч после наступления смерти. Постепенное исчезновение АТФ приводит к образованию трупного окоченения.

Трупное окоченение развивается не только в скелетной мускулатуре, но и в гладкой, а также в мышце сердца. Возникает трупное окоченение в мышце сердца и гладкой мускулатуре одновременно с таким же процессом в скелетной мускулатуре, но разрешение его наступает раньше. На развитие трупного окоченения влияют как внешние, так и внутренние факторы. При более высокой температуре окружающей среды и сухом воздухе окоченение развивается быстрее, а во влажной среде медленнее. Хорошо развитая мускулатура способствует быстрейшему развитию окоченения; наоборот, у людей умерших от сепсиса и других тяжелых заболеваний, сопровождающихся истощением, трупное окоченение выражено слабо или совсем отсутствует.

Принято считать, что развитие трупного окоченения происходит по нисходящему типу, т. е. трупному окоченению сначала подвергаются жевательные мышцы, затем мышцы шеи, груди, верхних конечностей. живота и, наконец, нижних конечностей. Описаны случаи развития трупного окоченения в восходящем направлении. Однако правильнее считать, что трупное окоченение развивается одновременно во всех группах мышц.

В литературе описаны редкие случаи так называемого каталептического трупного окоченения, т.е. когда оно наступает в момент смерти, сохраняя первоначальную позу трупа. Каталептическое трупное окоченение может возникать в случае, когда смерти предшествовали резкие судороги, и АТФ оказывалась расщепленной еще до наступления летального исхода, например при отравлениях судорожными ядами, смерти от столбняка. В этих случаях прижизненные контрактуры мышц непосредственно переходят в трупное окоченение. Каталептическое трупное окоченение также может возникать при разрушении продолговатого мозга, особенно при огнестрельных повреждениях. Исследование трупного окоченения производится при первоначальном осмотре трупа на месте происшествия, а также при исследовании трупа в морге. Для выявления начала и развития трупного окоченения следует определить наличие плотности (или расслабленности) мышц и возможность совершать движения в крупных суставах в соответствии с нисходящим типом трупного окоченения. При этом нужно помнить, что окоченение может быть нарушено раньше, например, при снятии одежды.

Исследование трупного окоченения при наружном осмотре трупа позволяет сделать некоторые экспертные выводы. Трупное окоченение

является достоверным признаком смерти, позволяет судить о давности ее наступления, иногда сохраняет первоначальную позу трупа. Состояние трупного окоченения в некоторых случаях может иметь и диагностическое значение для предположения о причине смерти.

**Аутолиз.** Аутолиз связан с дезорганизацией ферментных систем, участвующих в клеточном обмене. Нарушение нормальных связей приводит к тому, что высвобожденные энзимные системы оказывают одностороннее гидролитическое воздействие, направленное на собственную клеточную структуру. С угасанием жизнедеятельности организма ферменты активизируются и вызывают быстрый массивный аутолиз, вследствие чего происходит распад структуры ядра, а затем и цитоплазмы клеток.

Выраженность аутолиза зависит от количества насыщенного ферментами отдельных тканей. Так, например, богатое содержание ферментов в клетках поджелудочной железы, надпочечниках, вилочковой железе новорожденных, печени и др. обуславливает первоначальные аутолитические проявления именно в этих органах. Быстрому аутолизу подвергаются эритроциты крови, что ведет к ее посмертному гемолизу, а в дальнейшем — к имбибиции стенок сосудов и окружающей ткани.

Несколько иное происхождение имеет аутолиз, развивающийся в желудке и тонком кишечнике, где ведущее начало имеют пищеварительные соки, содержащие пепсин, трипсин и другие ферменты. Действие пищеварительных соков обращается на собственную слизистую оболочку, лишившуюся после смерти защитных барьерных функций. Таким образом, происходит самопереваривание слизистой, интенсивность которого находится в прямой зависимости от процесса пищеварения, происходящего непосредственно перед смертью. Желудочный сок при некоторых условиях может попасть в пищевод, глотку и даже трахею. Слизистые оболочки при этом имеют отечный вид и приобретают грязно-серый или фиолетово-красный цвет, на фоне которого выступает ветвистый рисунок сосудов. Самопереваривание чаще всего ограничивается слизистой желудка и тонкого кишечника, но у грудных детей процесс аутолиза может вызвать обширное разрушение стенки желудка. Явления аутолиза в желудочно-кишечном тракте могут быть ошибочно приняты за действие раздражающих и разрушающих ядов, таких, например, как кислоты, щелочи и другие едкие вещества.

### **Поздние трупные изменения**

К поздним изменениям трупа относятся такие, которые резко меняют его внешний вид, органы и ткани. Начало этих явлений отмечается и в период ранних изменений трупа, но внешне они проявляются позднее, а отдельные формы поздних трупных изменений заканчивают свое формирование спустя месяцы и даже годы. В условиях развития поздних изменений труп может подвергаться разрушению или консервации.

К *разрушающей форме* поздних трупных изменений относятся процесс гниения, приводящий в конечном итоге к полному исчезновению органических соединений трупа.

К *консервирующим формам* поздних трупных изменений относятся процессы, возникающие в результате воздействия на труп определенных условий, в которых он оказывается. Сухая среда может привести к полному высыханию — естественной мумификации, влажная среда, без доступа воздуха, способствует образованию жировоска; специфический состав водной среды приводит к консервации трупа, например возникает так называемое торфяное дубление; при температуре ниже 4°C происходит замерзание трупа.

При консервирующих формах трупных изменений трупы могут полностью сохранять свой внешний вид (замерзание) или изменяться, сохраняя при этом индивидуальные особенности, позволяющие проводить идентификацию личности, выявлять особенности полученных ранее повреждений.

В давние времена случайно обнаруженные трупы людей или части их в состоянии мумификации или жировоска вызывали представление о «чуде». Служители культа пользовались этими природными явлениями, чтобы представить их в сверхъестественном виде, указывая на влияние чудодейственной силы.

В далеком прошлом, особенно в Древнем Египте, широко применялись методы искусственной консервации — бальзамирование трупов людей. Для этой цели использовались различные вещества и жидкости, основное назначение которых состояло в предотвращении процесса гниения. Египетские мумии хорошо сохранились до наших дней и демонстрируются в музеях многих стран мира.

**Гниение.** Гниение — сложный некробиологический процесс, заключающийся в разложении органических соединений, прежде всего белков органов и тканей организма под влиянием различных микроорганизмов. При благоприятных условиях они начинают усиленно размножаться, выделяя большое количество протеолитических ферментов, которые и расщепляют органические соединения.

В процессе гниения принимают участие как аэробы, так и анаэробы. Наиболее интенсивно этот процесс развивается под действием микроорганизмов, относящихся к группе аэробов. Под влиянием анаэробов гниение протекает более медленно, с выделением веществ, имеющих крайне неприятный запах. Образование при гниении некоторых «трупных» ядов, например путресцина, кадаверина, требует от экспертов соблюдения осторожности при исследовании трупов.

Обычно гнилостное разложение состоит из трех этапов: образования газов, размягчения тканей с последующей имбибицией и полного разжижения их. Интенсивность процесса гниения зависит от многих причин. Наиболее оптимальные условия для гниения трупа возникают при температуре +30—40°C окружающей среды. Гниение быстро развивается на

воздухе, медленнее—в воде и еще медленнее—в почве. Трупы, находящиеся в гробах, загнивают еще более медленно, особенно при их герметизации. При температурах 0—1° и +50—60°С процесс гниения резко замедляется, а при сухом воздухе может прекратиться совсем и труп постепенно переходит в состояние естественной мумификации. Если смерть наступила от сепсиса или при наличии других гнойных процессов, гниение значительно ускоряется.

Гнилостные процессы в трупе начинают развиваться вскоре после наступления смерти. Гниение обычно начинается в толстом кишечнике и выражается в образовании гнилостных газов. Первые признаки гниения в обычных комнатных условиях (+16—18°С) появляются на 2—3-й день в виде зеленоватых пятен в правой, а затем и в левой подвздошных областях (трупная зелень). Затем на 3—4-й день вследствие нарастающего давления гнилостных газов в брюшной полости микроорганизмы распространяются по венозным сосудам. Образующийся сульфгемоглобин и сернистое железо по ходу сосудов образуют гнилостную венозную сеть грязно-зеленого цвета, хорошо видимую при наружном осмотре трупа.

Гнилостные газы пропитывают подкожную жировую клетчатку и раздувают ее, образуя трупную эмфизему. Особенно раздутыми оказываются лицо, губы, молочные железы, живот, мошонка, конечности. В связи с образованием трупной эмфиземы тело трупа приобретает необычно большие размеры. Газы, скопившиеся в клетчатке шеи и глоточного кольца, выталкивают язык из полости рта и он выступает из-за зубов. Под действием газов содержимое желудка перемещается через пищевод в полость рта — возникает так называемая посмертная рвота.

В зависимости от условий погребения (характер почвы, ее загрязнение) приблизительно к 2 годам ткани и органы приобретают вид распадающейся однородной грязно-серой массы, обнажая кости скелета, которые могут сохраняться неопределенно долгое время. У трупов, находящихся в земле, постепенно меняется цвет волос: из темно-русых они становятся рыжеватозолотистыми, иногда красноватыми. Для изменения цвета волос необходимо не менее 3 лет.

Никакая степень гнилостного разложения трупа не является препятствием для его судебно-медицинского исследования. Даже при резко выраженном разложении трупа могут быть выявлены различные повреждения, особенно на костях, следы выстрела на коже, явления кардиосклероза, что имеет важное экспертно-диагностическое значение.

Динамика развития процесса гниения может иметь ориентирующее значение для определения давности наступления смерти. Так, принято считать, что через 24—36 ч. трупная зелень появляется в паховых областях, через 3—5 дней в зеленоватый цвет окрашивается вся кожа живота, а на 8—12 день кожные покровы всего трупа становятся грязно-зеленоватыми. При исследовании трупов, находящихся в состоянии значительного гнилостного разложения, можно допустить ряд ошибок при оценке обнаруженных признаков, являющихся прямым следствием гнилостного процесса.

Тщательное исследование отдельных проявлений описанных гнилостных изменений и анализ их происхождения всегда позволяют эксперту дифференцировать посмертные изменения от прижизненных.

**Мумификация.** К одним из поздних видов трупных изменений относится полное высыхание трупа или его частей. Высыхание трупа — естественная мумификация — начинается вскоре после наступления смерти. При благоприятных условиях гниение приостанавливается и наступает мумификация. Она возникает только при сухости воздуха и достаточной вентиляции. Наблюдается мумификация на открытом воздухе, в проветриваемых помещениях и при захоронении трупов в сухих крупнозернистых и песчаных почвах (рис. 23).



Рис. 23. Труп в состоянии мумификации.

Интенсивность мумификации зависит и от массы тела: этому процессу более подвержены трупы, имеющие слабовыраженный подкожный жировой слой. При мумификации труп теряет всю жидкость, вес его составляет 1/10 от первоначального. Кожа трупа приобретает вид плотного пергамента буровато-коричневатого цвета. Внутренние органы также подвергаются полному высыханию и представляют собой сухие, бесформенные, пленочного характера образования. В ряде случаев в зависимости от условий мумификации подвергаются только части трупа, чаще конечности, а также части трупа при его расчленении.

Мумификация трупа взрослого человека при благоприятных условиях может наступить не ранее чем через 6-12 мес. после смерти, а трупов детей — в более короткое время. В состоянии естественной мумификации трупы могут сохраняться неопределенно долгое время.

Мумифицированные трупы при изменившихся условиях, например при повышенной влажности окружающей среды или под воздействием насекомых, могут подвергаться разрушению, особенно значительному при нападении моли. Основное судебно-медицинское значение мумификации состоит в том, что сохранность трупа позволяет производить идентификацию личности, на трупе сохраняются следы странгуляционной борозды, ранее причиненные повреждения, особенно острыми орудиями и из огнестрельного оружия. Иногда можно определить и ранее перенесенные заболевания костной системы.

**Жировоск.** К поздним изменениям трупа относится также сапонификация (омыление трупа) или состояние, известное под названием «жировоск». Жировоск образуется в условиях повышенной влажности и при отсутствии доступа воздуха. Такие условия могут создаваться в воде, при захоронении во влажных и глинистых почвах и при других подобных условиях. Начавшееся гниение в связи с отсутствием воздуха приостанавливается, ткани и органы постепенно переходят в состояние жировоска, который чаще образуется в трупах со значительными жировыми отложениями.



Рис. 24. Труп в состоянии жировоска.

При повышенном количестве влаги кожа трупа мацерируется и становится проницаемой для воды, которая, проникая в труп постепенно вымывает часть микроорганизмов, а жир разлагается на глицерин и жирные кислоты: олеиновую, пальмитиновую и стеариновую. Глицерин и олеиновая кислота как вещества, растворимые в воде, также вымываются из трупа. Оставшиеся жирные кислоты постепенно пропитывают ткани трупа. Пальмитиновая и стеариновая кислота вступают в соединения с солями щелочных и щелочноземельных металлов, которые всегда присутствуют в воде, почве и образуются при гнилом распаде тканей трупа. Соединения жирных кислот со щелочными металлами — натрием и калием — образуют жировоск студневидной консистенции, грязно-серого цвета.

Соединения жирных кислот с кальцием или магнием представляют собой плотный жировоск серовато-белого цвета, с сальным блеском, имеющий запах прогорклого сыра. Жировоск на бумаге оставляет жирные следы, хорошо режется ножом и легко плавится над огнем. При изменившихся условиях, например в случае попадания такого трупа в более сухую среду, жировоск затвердевает и легко крошится (рис. 24).

При исследовании трупа или его частей, находящихся в состоянии жировоска, обнаруживаются следы повреждений, странгуляционные борозды и многие другие изменения, необходимые для проведения судебно-медицинской экспертизы. Трупы в состоянии жировоска сравнительно легко

поддаются опознанию, что имеет большое судебно-следственное значение. По выраженности жировоска можно судить о давности его образования. На трупе новорожденного признаки образования жировоска могут наблюдаться через 3—4 нед, а через 4—5 мес труп может полностью перейти в состояние жировоска. Процесс перехода в жировоск тканей и органов трупа взрослого протекает значительно медленнее. К месяцу начинается возникновение жировоска в подкожной жировой клетчатке, внутренние органы переходят в жировоск не ранее чем через 3—4 мес, а полное образование жировоска в трупе можно наблюдать не ранее чем через год и больше после смерти. Отдельные части трупа в случаях его расчленения также могут переходить в состояние жировоска, причем в более короткие сроки по сравнению с нерасчлененным трупом.

**Торфяное дубление и другие виды естественной консервации.** Торфяное дубление—своеобразное состояние трупа, возникающее в том случае, когда он попадает в торфяные болота и почвы, содержащие гумусовые кислоты. Труп, находящийся в состоянии торфяного дубления, имеет плотную темно-бурую, как бы дубленую кожу. Внутренние органы уменьшаются в объеме. Под действием гумусовых кислот минеральные соли в костях растворяются и полностью вымываются из трупа. Кости в таком состоянии по консистенции напоминают хрящи и легко режутся ножом.

В препаратах почти всегда обнаруживаются инородные тела в виде черных комочков в мицелии плесени, расположенных на поверхности кожи. Трупы в торфяных болотах хорошо сохраняются неопределенно долгое время и при их исследовании можно определять полученные при жизни повреждения.

Труп может оказаться и в некоторых других условиях, при которых процесс гниения прекращается в самом начале своего развития, и также может сохраняться неопределенно долгое время. Так, трупы, находящиеся в воде с высокой концентрацией солей, оказываются в состоянии естественной консервации, что подтверждается, например, обнаружением трупов людей, погибших в период гражданской войны в районе Сиваша. Если трупы находятся в нефти, она также способствует естественной консервации.

Низкая температура окружающей среды создает условия для естественного сохранения трупов. Например, зимой трупы могут сохраняться в течение многих месяцев, а в условиях вечной мерзлоты — тысячелетиями.

## ***Поводы и задачи судебно-медицинского исследования трупа*** **Исследование трупа**

Судебно-медицинское исследование трупа приобретает особо важное значение при расследовании преступлений против жизни. Судебно-медицинская экспертиза трупа производится по постановлению органов дознания, следствия или определению суда, а иногда по письменному предложению о назначении экспертизы с последующим оформлением постановления. Транспортировку трупа, а также вещественных доказательств для судебно-медицинской экспертизы обеспечивают представители органов милиции или прокуратуры, которые должны принимать необходимые меры для сохранности этих объектов в их первоначальном состоянии. Судебно-медицинские эксперты обязаны оказывать органам следствия в этом направлении необходимые консультации.

Одновременно с трупом в морг должны направляться постановление о производстве экспертизы, а также копия протокола осмотра места обнаружения трупа. В случае, если труп поступил в судебно-медицинский морг из лечебного учреждения, в распоряжение эксперта в обязательном порядке представляется подлинник истории болезни (карта стационарного больного). Исключение из этого правила допускается лишь в случае, если труп был доставлен в морг с места происшествия медицинскими работниками скорой помощи. При этом труп может быть принят в морг для исследования по направлению органов милиции, но с обязательным последующим представлением постановления о назначении экспертизы.

Трупы, поступившие в судебно-медицинский морг, должны находиться в условиях, обеспечивающих их сохранность и неприкосновенность. Для этих целей желательно наличие в морге холодильной установки. Это требование в равной мере относится ко всем предметам, направляемым в морг вместе с трупом.

Регистрация трупов, поступающих в морг, производится медицинской сестрой, фельдшером или лаборантом морга в специальном журнале. Кроме этого, в морге ведется журнал регистрации одежды, вещественных доказательств и других предметов, а также журнал регистрации документов, денег и ценностей. Сведения в эти журналы вносятся по формам, предусмотренным Приказом министра здравоохранения РУз. Для обеспечения полноты исследования и составления заключения весьма желательно, чтобы вскрытие трупа производилось по возможности тем же экспертом, который принимал участие в первоначальном осмотре трупа на месте его обнаружения. При соблюдении этого условия создается возможность сопоставить данные первичного осмотра трупа на месте его обнаружения с результатами вскрытия, установить более точно давность наступления смерти.

**Поводами** для обязательного судебно-медицинского исследования трупа являются:

- подозрение на насильственную смерть независимо от условий, обстоятельств, рода и места ее наступления (в том числе и в лечебных учреждениях);

- все виды насильственной смерти (от механических повреждений, механической асфиксии, отравлений, действия крайних температур, поражения электрическим током, действия лучистой энергии);

- подозрение на совершение детоубийства (трупы новорожденных);

- обнаружение трупов, личность которых не установлена;

- случаи, когда лица доставляются в лечебное учреждение мертвыми;

- наступление смерти в лечебных учреждениях при неустановленном диагнозе;

- подозрение на криминальный аборт;

- жалобы на незаконное или неправильное лечение.

Судебно-медицинское исследование трупа производится в соответствии с действующими процессуальными нормами при соблюдении «Правил судебно-медицинского исследования трупа». В процессе производства судебно-медицинской экспертизы трупа, если необходимо, присутствует представитель органов дознания или следствия. Врачи, лечившие больного перед наступлением смерти, могут присутствовать при исследовании трупа лишь с разрешения следственных органов.

Судебно-медицинское исследование трупа производится в специально оборудованных помещениях—судебно-медицинских моргах или патологоанатомических отделениях больниц. В случае крайней необходимости такое исследование трупа может быть произведено и в приспособленном для этого помещении. Судебно-медицинское исследование трупа необходимо производить при достаточном естественном освещении. Применение искусственного освещения крайне нежелательно, так как оно значительно искажает оттенки цветов, что может сказаться на качестве экспертных суждений.

При вскрытии трупов лиц, умерших от особо опасных инфекций, применяется специальная одежда и соблюдаются правила, предусмотренные соответствующими инструкциями. По существующим «Правилам судебно-медицинского исследования трупов» разрешается производить вскрытие трупов не ранее чем через 12 ч после наступления смерти. Врачи (не менее трех) непосредственно перед вскрытием трупа составляют специальный протокол, где указываются причины необходимости раннего вскрытия и доказательства наступившей смерти. Если для исследования доставлен замерзший труп, вскрытие откладывается до его полного оттаивания. Оно производится в теплом помещении при температуре 18—20°C. Применение для этой цели горячей воды или других источников тепла недопустимо, так как при быстром и неравномерном оттаивании картина анатомических изменений может в значительной мере исказиться и затруднить исследование. Оттаивание трупа взрослого человека происходит приблизительно за сутки. Судебно-медицинская экспертиза трупа

складывается из ознакомления с предварительными сведениями об обстоятельствах смерти, наружного и внутреннего осмотров, лабораторных исследований и оформления соответствующего документа. Предварительные сведения об обстоятельствах наступления смерти могут быть получены из постановления следователя о назначении судебно-медицинской экспертизы, протокола осмотра трупа на месте его обнаружения, истории болезни или карты амбулаторного больного и других документов, доставляемых в морг вместе с трупом или истребуемых экспертом.

Весьма важные сведения могут быть получены также при опросе родственников умершего или других лиц, наблюдавших обстоятельства и условия наступления смерти. Если при этом сообщаются сведения, имеющие следственное значение, они подлежат юридическому оформлению. При насильственной смерти необходимо выяснять характер действовавшего внешнего фактора, положение потерпевшего при этом, его последующие действия до наступления смерти. В случаях подозрения на отравление следует уточнять сведения о виде и количестве использованного ядовитого вещества, о лекарственных препаратах, пищевых продуктах и напитках, которые употреблял умерший незадолго до наступления смерти, о признаках отравления (тошнота, рвота, судороги).

### **Первоначальный осмотр трупа на месте его обнаружения**

Осмотр места происшествия необходимо производить в кратчайшие сроки после начала следствия. Однако целесообразность такого осмотра нередко сохраняется даже спустя значительное время после происшествия. К работе следствия на месте обнаружения трупа при отсутствии штатного судебно-медицинского эксперта может быть привлечен врач любой другой специальности. Его первоначальной задачей при этом является констатация смерти потерпевшего. Если пострадавший подает признаки жизни, судебно-медицинский эксперт должен оказать ему первую врачебную помощь и вызвать бригаду скорой помощи. Надо попытаться зафиксировать с помощью фотосъемки или рисунка то положение тела пострадавшего, в котором он был обнаружен (рис. 25).



Рис. 25. Место происшествия. Положение трупа и оружия.

Если смерть человека не вызывает сомнения, можно начать осмотр трупа и места его обнаружения. Следует установить, наступила ли смерть именно в том месте, где был обнаружен труп, или он был перемещен сюда из другого места. Имея тяжелые и даже смертельные повреждения, пострадавший иногда некоторое время сохраняет способность к передвижению и активным действиям. Вместе с тем труп может быть умышленно перемещен в другое место, сброшен в воду или зарыт в землю с целью сокрытия преступления. Не исключена имитация несчастного случая, когда труп с места убийства переносят на железнодорожные пути, неосвещенные автотрассы.

О перемещении трупа могут говорить следы волочения, отсутствие крови на окружающих предметах при обширных открытых повреждениях тела, несоответствие локализации трупных пятен тому положению трупа, в котором он обнаружен. Прежде чем производить осмотр, необходимо зафиксировать положение трупа по отношению к ближайшим неподвижным предметам (дерево, столб, угол дома) с измерением расстояния до них. Подробно описывают позу трупа, расположение его конечностей, головы, туловища. При осмотре одежды описывают все составляющие ее предметы, повреждения одежды, их характер и особенности, загрязнения, их характер и локализацию, пятна и потеки крови, их направление, различные пометки, почву на подошвах обуви. Следует и тщательно осматривать подкладку и карманы одежды, головной убор, обнаруженный носовой платок, пометки на нем. Необходимо очень внимательно осматривать поверхность вокруг трупа, а также под трупом, обращая внимание на пятна, волосы, отпечатки рук, подошв обуви, окурки.

После определения пола, возраста, роста и телосложения трупа определяют температуру тела на открытых участках, в подмышечных впадинах и в промежности, а по возможности и в прямой кишке с помощью термометра. При наличии специальных приспособлений выявляют электровозбудимость мышц конечностей и лица и их реакции на механическое воздействие. Констатируют пятна Ларше, выраженность трупного окоченения, трупные пятна, их цвет, локализацию, определяют

признаки гниения. Внимательно исследуют уши, нос, рот, зубы, язык. Если обнаружены выделения из влагалища или прямой кишки, то берут мазок. Обязательно осматривают спину трупа, отмечают запах. Особое внимание уделяют выявлению следов насилия — ссадин, кровоподтеков, ран, странгуляционной борозды, ожогов, переломов костей. При этом важно указать анатомическую локализацию, размеры и все особенности повреждений. Однако раздевать труп полностью допустимо только в морге; на месте его обнаружения можно лишь расстегивать и поднимать одежду, не снимая ее. При осмотре трупа нельзя также производить какое-либо зондирование (ран или полостей), смывать кровь, пятна или загрязнения, удалять из ран фиксированные в них предметы, в том числе орудия или оружие, но свободно лежащие в ранах инородные тела должны быть описаны и переданы следователю.

Одними из основных задач при осмотре места происшествия являются поиск и изъятие вещественных доказательств. Ими могут быть орудия преступления, следы крови на предметах, расположенных вокруг трупа или под ним, волосы, кал, рвотные массы, другие объекты биологического происхождения. Эти действия производит следователь, но судебно-медицинский эксперт должен помочь ему в поиске таких доказательств, правильном их описании и упаковке для направления в судебно-медицинскую лабораторию. Все полученные данные заносят в протокол осмотра места происшествия, который после внимательного прочтения и исправления неточностей подписывает судебно-медицинский эксперт вместе со всеми участниками этого следственного действия.

### **Судебно-медицинское исследование в морге**

Наружный осмотр трупа всегда начинается с тщательного осмотра и описания одежды, доставленных с трупом предметов, анализа трупных явлений и исследования повреждений.

Осмотр одежды является обязательным и в случаях смерти в лечебных учреждениях. При этом одежда, снятая в момент поступления в лечебное учреждение, должна быть направлена в морг вместе с трупом. Детальное изучение особенностей одежды, характерных загрязнений и повреждений ее служит основанием для разрешения многих экспертных и следственных вопросов. Особое значение исследование одежды имеет при различных механических повреждениях (форма, характерные наложения и загрязнения); огнестрельных ранениях (направление и дистанция выстрела); отравлениях, гнилостных изменениях трупов, их скелетировании и расчленении, исследовании трупов неизвестных лиц; изменении первоначального вида повреждений на теле человека в случаях их хирургической обработки и заживления.

Одежда вначале исследуется непосредственно на трупе. Отмечается наличие порядка или беспорядка в одежде, сопоставляются повреждения на одежде и теле. В случае обнаружения на поверхности одежды или в ее толще

посторонних частиц (осколки металла, стекла, части пуль, дробь, краска) или загрязнений они изымаются для дальнейшего исследования. Осматривается и описывается содержимое карманов.

Одежду с трупа необходимо снимать, не повреждая ее разрезами и избегая загрязнения кровью. Сначала осматривается и описывается верхняя одежда, затем нижняя. Предметы одежды тщательно осматриваются как снаружи, так и изнутри. В случае наличия повреждений на наружной поверхности одежды проверяется их характер с внутренней стороны (если ранение сквозное). Если одежда пропитана кровью, водой, устанавливаются степень и размеры пропитанного участка на отдельных слоях, направление потеков на поверхности одежды.

После осмотра и описания снятую с трупа одежду аккуратно складывают, маркируют и укладывают в специальные мешки. Если одежда увлажнена или пропитана кровью, предварительно ее высушивают. Упакованная одежда хранится в морге в специальном шкафу или на стеллаже. Выдача одежды кому-либо без разрешения следственных органов недопустима, так как она может быть использована в качестве вещественного доказательства.

По снятии одежды дается биологическая характеристика трупа — указываются пол, возраст применительно к указанному в препроводительном документе. В случае, если возраст умершего неизвестен, необходимо определить его, пользуясь соответствующими экспертными критериями. Описывается телосложение, правильность его и соразмерность частей тела, дефекты в телосложении и строении, степень развития скелетной мускулатуры и подкожной жировой клетчатки. Желательно указание веса трупа как объективного критерия состояния питания. При исследовании трупов детей в возрасте до 1 года взвешивание производится в обязательном порядке. Указывается рост в сантиметрах, измеренный ростомером.

После выявления и описания указанных общих данных производится исследование трупных явлений. Отмечается общий цвет кожных покровов, обращается внимание на бледность, синюшность или желтушность кожи, гнилостное окрашивание ее, участки мацерации. Исследуется степень развития трупных пятен и окоченения. Отмечаются признаки гниения на поверхности тела, если они имеются (зеленая окраска кожных покровов, гнилостная венозная сеть, вздутие гнилостными газами отдельных частей тела, наличие гнилостных пузырей).

После характеристики трупных явлений исследуются и описываются отдельные части тела, начиная с головы. Указывается общая конфигурация головы, целостность костей черепа на ощупь, осматривается волосистая часть головы, характеризуется цвет, длина, густота волос. При исследовании лица отмечаются цвет, форма и густота бровей и ресниц, состояние век, соединительной оболочки глаз, цвет радужной оболочки, форма, величина и равномерность зрачков, прозрачность или мутность роговицы. Изучается состояние носа, рта, губ, зубов, ушных раковин и наружных слуховых проходов. При этом описывается не только общее состояние этих частей

тела, но и наличие на них тех или иных посторонних веществ, загрязнений. При обнаружении потеков жидких веществ необходимо указать, откуда они исходят, а также направление этих потеков по отношению к длинной оси тела.

При исследовании шеи определяются ее длина и окружность, соразмерность с туловищем, внимательно изучаются кожные покровы для установления или исключения на них следов повреждений. При осмотре грудной клетки отмечаются ее форма (цилиндрическая, бочкообразная, конусообразная), симметричность, упругость. Тщательно исследуется состояние ребер, проверяется их целостность на ощупь. У женщин исследуются молочные железы, выясняется их величина, форма, упругость, окраска сосков и околососковых кружков, путем сдавливания молочных желез проверяется наличие отделяемого из сосков, которое может быть взято для дальнейшего микроскопического исследования.

При осмотре живота описываются его форма и величина, затем живот ощупывается для определения степени упругости, а также для установления отсутствия или наличия в нем жидкости, опухолей, увеличенной матки. У женщин обращается внимание на цвет белой линии, приобретающей буровато-коричневый оттенок при беременности.

С особой тщательностью исследуются наружные половые органы. Отмечаются степень и тип (мужской или женский) оволосения на лобке. У мужчин осматривается половой член, устанавливается, нет ли на нем язв, рубцов, не имеется ли в области наружного отверстия мочеиспускательного канала жидкости, особенно при надавливании на член; в случае наличия отделяемого при необходимости берется мазок на бактериологическое исследование. Осматривается и описывается мошонка, устанавливается, оба ли яичка находятся в ней.

У женщин при раздвинутых и согнутых в коленных суставах ногах осматривается половая щель, отмечается наличие или отсутствие зияния, исследуются большие и малые половые губы, вход во влагалище и особенно девственная плева. Проверяется ее анатомическая целостность, строение, внешний вид и наличие на плевке выемок и разрывов, их расположение и давность образования. При наличии выделений из половых органов необходимо взять мазки на предметные стекла и тампоны для судебно-биологического исследования. При осмотре заднепроходного отверстия отмечается, не зияет ли оно, не испачкана ли его окружность каловыми массами.

При осмотре верхних конечностей необходимо особое внимание обратить на кисти рук. Некоторые особенности кожи кистей рук могут указывать на определенное внешнее воздействие. Например, на тыльной поверхности кистей при самоубийстве из огнестрельного оружия могут отлагаться продукты сгорания пороха и оставаться следы от движущихся частей автоматического оружия. На ладонной поверхности кистей рук в случае ножевых ранений при убийствах могут быть обнаружены резаные раны, образующиеся при схватывании клинка, ножа при самообороне.

Наличие на коже кистей рук омозололостей указывает на занятие физическим трудом. Некоторые особенности могут указывать на профессию умершего, например характерная окраска кожи при контакте с красителями и химическими веществами.

После осмотра конечностей исследуется задняя поверхность тела— шея, спина, поясница, ягодицы. Особое внимание при наружном осмотре трупа уделяется исследованию повреждений. Результаты изучения могут быть как описаны по ходу осмотра отдельных частей тела, так и сгруппированы в отдельный раздел в конце наружного осмотра трупа. В этом случае описание повреждений также ведется в нисходящем порядке, начиная с головы. Особенно тщательно описываются их локализация (в соответствии с анатомическими областями), форма, глубина, состояние краев и концов, стенок повреждения, цвет, наличие крови. При наличии на теле ссадин и кровоподтеков необходимо производить их разрезы для установления степени выраженности кровоизлияний в толще кожи и подкожной клетчатки. Такие разрезы обычно делают крестообразно, чтобы при повторном исследовании трупа их можно было отличить от прижизненных. Описывать повреждения в виде готового диагноза (например, «ушибленная рана», «огнестрельная рана») недопустимо. Обнаруженные при исследовании трупа повреждения необходимо сфотографировать по правилам масштабной фотографии, а также зарисовать на схематических контурных изображениях. В случаях судебно-медицинского исследования трупа неизвестного человека производится его фотографирование по правилам примето-описательной фотографии для последующего опознания.

В случаях насильственной смерти, сопровождающейся наружным кровотечением, а также при исследовании трупов неизвестных лиц, в том числе новорожденных, в судебно-биологическое отделение в обязательном порядке направляется образец крови для установления групповой и типовой принадлежности. Кровь для этой цели берется в количестве 10—20 мл из сердца или крупных сосудов. Если кровь подлежит длительной пересылке, или не может быть исследована в течение суток, то образец крови берется на марлю и высушивается при комнатной температуре. В качестве контроля в лабораторию отсылается кусок той же марли размером примерно 10x10 см.

Если установлены обескровливание трупа или значительные гнилостные изменения, для определения групповой принадлежности может быть взята мышечная ткань. Она берется в количестве около 100 г, желателно из области задней поверхности бедра. Если исследование производится не сразу, образец мышечной ткани также может быть высушен.

При расследовании преступлений против жизни и здоровья людей немаловажное значение имеет экспертиза волос. Волосы для сравнительного исследования берутся путем выдергивания пальцами (не пинцетом), а не срезания, так как на срезанных волосах отсутствует луковица с прилежащим отделом стержня волоса. Волосы изымаются из пяти областей—лобной, теменной, затылочной, правой и левой височных. Из каждой области берется

не менее 20 волос, которые упаковываются в отдельные конверты; на них должны быть сделаны соответствующие обозначения.

При отравлениях ядовитыми растениями и грибами существенную помощь в решении вопроса о причине смерти может оказать ботаническое исследование. Для этого изымается содержимое желудка и тонкого кишечника. Специалист-ботаник может не только обнаружить в нем остатки растений или грибов, но и определить их вид во многих случаях.

В последние годы большое распространение получают биохимические исследования. Они производятся для выяснения характера обменных нарушений при скоропостижной смерти, уточнения причины смерти при переохлаждении, решения вопроса о прижизненности повреждений.

Если имеется подозрение, что смерть наступила от инфекционной болезни или бактериального пищевого отравления, необходимо произвести бактериологическое исследование. В зависимости от особенности случая для этого исследования берут кровь, участки тонкой и толстой кишок с содержимым, желчный пузырь с содержимым, кусочки органов. Для правильного и своевременного диагноза, кроме морфологических, должны широко использоваться бактериологические, биохимические и вирусологические исследования. Изъятие материала для бактериологических и вирусологических исследований во время вскрытия производит врач-бактериолог.

Организация транспортировки и захоронения трупов регламентирована специальными методическими указаниями Министерства здравоохранения РУз. Исследование частей трупа при его расчленении является одним из наиболее сложных видов экспертизы, так как, помимо основных вопросов о причине, виде и времени наступления смерти, степени алкогольного опьянения, эксперту приходится разрешать и ряд специфических задач.

Расчленение тела наблюдается чаще всего в условиях транспортных травм — железнодорожной, авиационной. Встречаются также криминальное расчленение трупов для сокрытия следов преступления или воспрепятствования опознанию личности покойного. Методика исследования частей трупа при его расчленении определяется задачами, которые следствие обычно ставит перед экспертом.

При обнаружении частей трупа решается вопрос о том, принадлежат ли они человеку. Иногда части настолько разрушены в результате механических воздействий, что произвести видовое анатомическое определение чрезвычайно трудно. Большие трудности возникают и в случаях резких гнилостных изменений тканей или действия высоких температур. Если установлено, что объекты экспертизы — части тела человека, необходимо выяснить принадлежность их одному или нескольким трупам; при этом определение групповых и типовых свойств крови и тканей является обязательным. Принадлежность одному трупу нередко выявляется и при обычном сопоставлении отдельных его частей, в частности костей.

Для установления личности перед экспертизой ставятся вопросы определения пола, возраста, особых примет, профессии. Установление

личности по частям трупа при его расчленении производится по методам, которые применяются для идентификации личности по целому трупу. Следует указать, что при исследовании частей трупа, подвергшегося расчленению, особо важное значение приобретает реставрация лица, которое в большинстве случаев умышленно обезображивается преступниками.

Установление причины смерти при экспертизе частей расчлененного трупа является наиболее трудным, так как в большинстве случаев части тела, где имелись повреждения, уничтожаются. При обнаружении повреждений необходимо тщательно изучить их для решения вопроса о механизме возникновения, прижизненности или посмертности причинения. По повреждениям на костях или хрящах можно идентифицировать предметы, которыми они причинены. Во всех случаях необходимы полные судебно-химическое и судебно-гистологическое исследования.

Крайне важным является участие судебно-медицинского эксперта в осмотре места предполагаемого расчленения трупа для выявления следов крови и тканей трупа на различных предметах, особенно тех, которые могли использоваться для расчленения. При составлении «Заключения судебно-медицинской экспертизы трупа» эксперт должен помнить, что он несет личную ответственность за содержание данного им заключения. Документ приобщается к судебно-следственному делу, поэтому он должен быть написан общепонятным языком, разборчиво, без сугубо специальных медицинских терминов и слов в иностранной транскрипции. Если в заключении допускается поправка, это оговаривается в конце документа и заверяется подписью и печатью. Заключение оформляется в двух экземплярах; подлинник отсылается судебно-следственным органам, а второй экземпляр остается в архиве судебно-медицинской экспертизы. Вместе с ним хранятся подлинники заключений всех проведенных по данному случаю дополнительных исследований, результаты которых записаны в отсылаемом экземпляре.

При *исследовании трупов новорожденных младенцев и плодов* возникает ряд специфических вопросов, разрешение которых позволяет установить или отвергнуть версию о насильственной смерти новорожденного и, в частности, о детоубийстве. В юридическом и судебно-медицинском аспекте детоубийство означает насильственное умерщвление новорожденного. Уголовная ответственность за детоубийство предусматривается уголовными кодексами ряда стран СНГ. Под **детоубийством** следует понимать убийство новорожденного младенца его матерью во время родов или тотчас после них. Умерщвление новорожденного не матерью, а другим лицом, или умерщвление матерью своего ребенка, но уже не новорожденного, является умышленным убийством, наказуемым как вообще преступление против жизни. Введение понятия «детоубийство» было предпринято в связи с необходимостью устанавливать особый соматический и психический статус роженицы, обусловленный родовым актом и послеродовым состоянием.

Исследование трупов новорожденных в судебно-медицинской практике не обязательно связано со случаями детоубийства. Такое исследование производится с целью исключения внешнего насилия при смерти вне родильного дома, по пути в лечебное учреждение, вскоре после рождения, при рождении мертвого младенца.

При расследовании дел о детоубийстве или подозрении на его совершение судебно-медицинские эксперты участвуют в осмотре места происшествия и трупа на месте его обнаружения, оказывают помощь следователю в обнаружении и изъятии вещественных доказательств, производят освидетельствование подозреваемой женщины и судебно-медицинское исследование трупа. Исследуя трупы новорожденных, эксперт должен установить, являлся ли младенец новорожденным, зрелым и доношенным, жизнеспособным, живорожденным, какова продолжительность внеутробной жизни, имеются ли признаки ухода за новорожденным и что явилось причиной смерти.

С точки зрения акушерской практики большинство исследователей считают ребенка новорожденным вплоть до отпадения пуповины (6—7 дней). Другие авторы удлиняют этот срок до 2—3 нед. Педиатры относят к новорожденности срок жизни ребенка в течение 1 мес.

*Новорожденность* младенца определяется по наличию:

- пуповины вместе с детским местом (последом) или остатка свежей пуповины, сочной, без признаков демаркационного кольца в области развивающегося отторжения пуповины;

- сыровидной смазки на теле младенца, особенно на шее, в подмышечных впадинах и паховых складках, крови на теле младенца (или отсутствии повреждений);

- мекония в виде густой темно-зеленой массы в толстом кишечнике, в области заднего прохода и на внутренней поверхности бедер;

- родовой опухоли на головке или других подлежащих частях тела; своеобразной «сочности» и красноватого цвета кожных покровов;

- состоянию легких и желудочно-кишечного тракта.

Факт новорожденности младенца устанавливается только при анализе совокупности перечисленных признаков. Под *зрелостью и доношенностью* новорожденного понимается степень развития плода, т. е. совокупность таких признаков, которые обеспечивают ребенку самостоятельную жизнь вне организма матери. При определении зрелости и доношенности младенца следует принимать во внимание продолжительность беременности и учитывать рост, вес, а также другие признаки, характеризующие зрелость плода. Если данные о росте новорожденного отсутствуют, учитывается его вес, причем новорожденный массой 2500 г и более считается зрелым.

При исследовании трупа новорожденного в обязательном порядке устанавливается, родился ли он живым или мертвым. Мертворожденными считаются плоды, умершие до, во время родов или вскоре после них, до появления дыхания. Если у ребенка после рождения имелась сердечная деятельность, но он не дышал, он считается мертворожденным.

Живорожденность младенца в основном устанавливается двумя гидростатическими «жизненными» пробами: легочной (Галена— Шрейера) и желудочно-кишечной (Бреслау). Кроме перечисленных проб, для установления живорожденности успешно применяется рентгенологическое исследование легких и желудочно-кишечного тракта (проба Диллона). Она основана на наблюдении, что даже при отсутствии воздуха в легких ребенок может жить некоторое время, если в желудок его после рождения проникает воздух, который всасывается и поддерживает жизнь.

После первого вдоха легкие новорожденного наполняются воздухом и удельный вес их становится ниже единицы. Недышавшие легкие представляют собой безвоздушную плотноватую ткань, удельный вес которой выше единицы, поэтому они тонут при погружении в воду. По внешнему виду недышавшие легкие малокровные, мясистой консистенции, небольшого размера, располагаются в виде небольших образований, не заполняющих плевральные полости. Легочная проба считается положительной, когда грудной комплекс, легкие, отдельные доли и кусочки легочной ткани плавают; следовательно, младенец дышал, жил.

Легочная проба может быть частично положительной у живорожденных:

а) при первичном ателектазе легких, т. е. отсутствии расправления их при рождении, например вследствие слабости дыхательных движений или закупорки бронхов аспирированными массами — соответствующие участки тонут;

б) в случаях вторичного ателектаза, когда расправившиеся легкие в той или иной части теряют воздух, становятся почти безвоздушными и тонут;

в) если воздух поступил в легкие при дыхании до родов, например при лицевом предлежании, оказании акушерской помощи;

г) при некотором расправлении легких в результате искусственного дыхания;

д) вследствие гнилостных изменений в легких. Такие гнилостно измененные легкие могут быть дифференцированы от дышавших легких путем сдавливания кусочков легочной ткани под водой. Воздух из дышавшего легкого при сжатии его кусочков под водой не удаляется.

При резких гнилостных изменениях легких и паренхиматозных органов плода легочная проба недостоверна. Легочная проба считается отрицательной, если легкие в целом, доли и их кусочки тонут — младенец мертворожденный. Однако при вторичном ателектазе легкие заведомо дышавшего младенца могут тонуть. Кроме того, при далеко зашедшем гниении легкие могут потерять воздух и тонуть.

Желудочно-кишечная плавательная проба основана на том, что одновременно с началом самостоятельного дыхания младенец заглатывает воздух, который проникает в желудочно-кишечный тракт. При положительной пробе участки желудочно-кишечного комплекса прокладываются под водой и при этом отмечается, появляются ли пузыри. Желудочно-кишечная проба считается отрицательной, если желудок и части кишечника тонут;

следовательно, ребенок мертворожденный или жил очень короткое время после родов.

При оценке легочной и желудочно-кишечной плавательной проб могут отмечаться следующие варианты: легкие и желудочно-кишечный тракт плавают—новорожденный жил и дышал; легкие частично или в целом содержат воздух, а желудок и кишечник не содержат воздух — новорожденный жил очень короткое время; легкие и желудочно-кишечный тракт не содержат воздуха — младенец мертворожденный; если легкие тонут, а в желудке и частично в тонком кишечнике имеется воздух, это объясняется вторичным ателектазом или наличием внутриутробных дыхательных движений с заглатыванием воздуха.

Для установления признаков живорожденности следует также производить микроскопическое исследование легких. Значительные возможности в установлении живо- и мертворожденности открывает метод эмиссионного спектрального анализа при изучении относительных количественных характеристик ряда макро- и микроэлементов в легочной ткани (фосфор, железо, медь, кальций), сердце (фосфор, магний, железо, медь, натрий, калий, кальций), крови и печени (фосфор, магний, железо, медь, натрий, калий, кальций), а также плацентарной ткани (калий, натрий, магний, марганец, стронций, медь, железо, алюминий и фосфор).

Установление живо- или мертворожденности также осуществимо путем электрофоретического исследования сыворотки крови младенцев по процентному содержанию альбуминов, альфа-1, бета- и гамма-глобулинов, а в сыворотке плацентарной крови — по процентному содержанию альбуминов, альфа-1- и гамма-глобулинов.

При исследовании трупов новорожденных младенцев в обязательном порядке решается вопрос об их жизнеспособности. Под *жизнеспособностью* понимается способность новорожденного продолжать жизнь вне организма матери, что обуславливается степенью доношенности и правильным развитием. После установления факта живорожденности и продолжительности внеутробной жизни в задачу экспертизы входит определение причины смерти новорожденного младенца. При этом надо иметь в виду, что она может наступить до, во время родов и после них.

Особо ответственной является экспертиза трупа новорожденного в случае подозрения на детоубийство. Различается пассивное и активное детоубийство.

*Пассивное детоубийство* наиболее часто совершается путем умышленного оставления младенца без помощи и ухода. Если при вскрытии такого трупа не обнаружены какие-либо изменения, эксперт не может установить причину смерти на основании данных вскрытия и делает вывод лишь о том, что новорожденному не была оказана надлежащая помощь.

Если мать с целью лишения жизни новорожденного ребенка совершает те или иные действия, в результате которых наступает смерть, они трактуются как *активное детоубийство*. Экспертная практика показывает, что активное детоубийство совершается или во время родов, или тотчас после них. Чаще всего причиной смерти при активном детоубийстве является

механическая асфиксия — сдавление руками, петель, сдавление груди и живота, утопление, задушение путем введения в дыхательные пути инородных тел.

Иногда для лишения жизни новорожденного используется действие высокой температуры. Чаще этот способ встречается при сокрытии убийства новорожденного путем сожжения трупа. Однако нельзя исключить возможность и прижизненного действия пламени. Целесообразным в таких случаях является детальное микроскопическое исследование. Если при вскрытии трупа новорожденного не было обнаружено каких-либо морфологических изменений или повреждений, следует иметь в виду возможность отравления. В таких случаях необходимо провести по общепринятым методам судебно-химическое исследование внутренних органов. Умышленное отравление младенца встречается чрезвычайно редко.

**Эксгумация трупа.** Извлечение трупа из земли производится по постановлению органов следствия или суда следователем в присутствии понятых, при участии судебно-медицинского эксперта, родственников покойного и является следственным действием. Поводом для эксгумации могут быть:

- захоронение трупа без вскрытия при возникновении в последующем подозрения на насильственную смерть или врачебную ошибку;
- выявленные следствием или в суде серьезные дефекты, допущенные при судебно-медицинском вскрытии трупа;
- появление новых данных, проверка которых невозможна без повторного вскрытия трупа;
- обнаружение тайного захоронения трупа преступником при проведении следствия или случайно (например, при земляных работах).

Эксгумации предшествуют установление точного места захоронения, измерение и описание могилы, почвы, гроба, его особенностей, украшений. Если труп захоронен без гроба, фиксируют и описывают его позу, одежду, видимые изменения. Все данные заносятся в протокол, который составляется следователем. Вскрытие эксгумированного трупа производят в морге, значительно реже в приспособленном помещении и изредка на кладбище, для чего должно быть специальное постановление следователя.

Результаты исследования эксгумированного трупа во многом зависят от давности захоронения и выраженности гнилостных изменений. Однако при этом можно получить ответы на ряд вопросов, если причиной смерти была травма с переломами костей. С помощью специальной методики обработки загнившей кожи через несколько месяцев после захоронения можно выявить и оценить кожные раны. Особенно перспективно судебно-химическое исследование, так как многие яды могут очень долго сохраняться в тканях трупа. Вместе с органами на исследование направляют почву из могилы, фрагменты обшивки и украшений гроба. Задача судебно-медицинского эксперта при этом заключается в правильном изъятии и упаковке тканей трупа, направляемых следователем в судебно-химическую

лабораторию. После эксгумации труп должен быть захоронен и могиле придан прежний вид.

### **Контрольные вопросы.**

1. 1. Каковы признаки наступления смерти?
2. 2. Что понимают под скоропостижной смертью?
3. 3. В чем заключается юридическое значение эвтаназии?
4. 4. как проводится экспертиза при подозрении на применении эвтаназии?
5. 5. Какова судебно-медицинская классификация смерти?
6. 6. Когда появляются и как изменяются трупные пятна?
7. 7. Когда появляется и как развивается трупное окоченение?
8. 8. Каковы поздние трупные изменения?
9. 9. Какое значение для судебно-медицинской экспертизы имеет установление давности наступления смерти?
10. 10. Как фиксируются результаты осмотра трупа на месте его обнаружения?
11. 11. Кто изымает вещественные доказательства биологического происхождения на месте обнаружения трупа?
12. 12. Назовите основные этапы судебно-медицинского исследования трупа.
13. 13. Что означает термин «детоубийство»?
14. 14. Каковы поводы для эксгумации трупа?

## ГЛАВА 6

### ПОВРЕЖДЕНИЯ И СМЕРТЬ ОТ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ

#### *Отравления ядами*

Под **ядом** понимается вещество, которое при введении в организм человека в малых количествах, действуя химическим или физико-химическим путем, вызывает расстройство здоровья или смерть. Вызванное таким веществом заболевание называется **отравлением**. Расстройство же здоровья, вызванное различными ядовитыми веществами, выработавшимися в самом организме, например, в результате нарушения обмена, не является отравлением в вышеуказанном понимании этого термина.

Наибольшее число отравлений вызывается несколькими основными группами химических веществ. На первом месте стоят отравления этиловым спиртом и его суррогатами, затем идут отравления ядовитыми газами (в основном окисью углерода), кислотами и щелочами, лекарственными средствами, пестицидами, разными растворителями (в основном дихлорэтаном). Отравления другими химическими веществами, а также ядовитыми растениями и пищевые отравления встречаются довольно редко. Примерно в одном проценте всех отравлений природа ядовитого вещества, приведшего к смерти, остается неустановленной. На современном уровне знаний этот показатель является высоким и указывает на необходимость совершенствования судебно-медицинской экспертизы отравлений.

**Условия действия яда.** Введенное в организм извне химическое вещество проявляет свойства яда и вызывает отравление только при определенных условиях, знание которых необходимо эксперту для правильного понимания возникновения, течения и исхода отравления.

**Доза и концентрация химического вещества.** Действие яда зависит от его количества, вводимого в организм. В одних дозах вводимое вещество оказывает лечебный эффект (терапевтическая доза), в других—токсический эффект (токсическая доза) или приводит к смерти (летальная, или смертельная, доза). Указанные дозы для многих ядовитых веществ могут быть весьма различны в зависимости от путей введения яда. Так, например, терапевтические дозы при введении через рот могут стать летальными при поступлении яда непосредственно в кровь.

Одно и то же количество вещества, но в разных концентрациях может оказывать различное воздействие на организм. Физическое состояние вещества и его растворимость в средах организма имеют существенное значение. Ядовитые вещества могут находиться в твердом, жидком и газообразном состоянии. Вводимые в организм твердые химические вещества действуют лишь после их растворения и всасывания в желудочно-кишечном тракте, поэтому отравление ими наступает значительно медленнее, чем при отравлении газообразными и жидкими веществами.

Некоторые токсичные для организма химические вещества при их приеме не оказывают свое действие в связи с их нерастворимостью в средах организма (вода, липиды, жиры). Так, например, при рентгенографии желудочно-кишечного тракта широко применяется сульфат бария, являющийся весьма токсичным для организма человека веществом. Однако он нерастворим в желудочном соке и поэтому не оказывает своего токсического действия. При поступлении в организм карбоната или хлорида бария (растворимые соли) возникает отравление.

Пути и условия введения яда определяют скорость его воздействия на организм и степень интоксикации. Всасывание яда ведет к поступлению в кровь. Поэтому одна и та же концентрация вещества при введении под кожу может оказывать лечебный эффект, а при введении под кожу в кровяное русло может вызвать тяжелую интоксикацию и даже смерть.

**Особенности состояния организма в период введения ядов.** Разные люди могут неодинаково реагировать на одно и то же ядовитое химическое вещество. Существенное значение в индивидуальной реакции организма на воздействие химического вещества имеют тип и состояние ЦНС, возраст, деятельность ферментных систем, половые различия, масса тела, гормональная активность, характер питания, наличие заболеваний, физическое напряжение.

Повторное воздействие веществ может приводить к развитию биологической зависимости, сенсibilизации и возникновению аллергических реакций. Биологическая зависимость проявляется в том, что при длительном применении какого-либо препарата у больного вырабатывается потребность в продолжении его приема без медицинских показаний к тому. Прекращение приема таких веществ может сопровождаться развитием тяжелых нарушений физического состояния (абстинентный синдром). Такая зависимость может развиваться при приеме многих лекарственных препаратов — морфина, барбитуратов.

Различные факторы внешней среды (холод, перегревание, шум, ионизирующая радиация, повторное воздействие химических веществ, перепады барометрического давления и др.) в известной мере могут влиять на течение интоксикации. Эти и другие факторы могут сказываться на скорости метаболизма — стимулируя или, наоборот, угнетая его.

**Пути поступления и действие яда в организме.** Морфологические изменения наблюдаются в тех органах, через которые яд поступает или выводится из организма либо в которых он фиксируется. Патологические изменения в указанных органах в свою очередь отражаются на клинической картине отравления и динамике ее развития.

Интенсивность всасывания яда часто пропорциональна его концентрации (дозе) в желудке. Может уменьшать всасывание ядов пища, находящаяся в желудке (ее состав, скорость опорожнения желудка). Масляные растворы ядовитых веществ всасываются не в желудке, а в кишечнике. Быстрое опорожнение желудка замедляет процесс в кишечнике. Рвота способствует удалению яда из желудка и тем самым ослаблению

интоксикации. Однако при отравлении прижигающими жидкостями она ведет к более тяжелому химическому ожогу пищевода и рта, а иногда и к поражению верхних дыхательных путей.

Острое отравление в случаях подкожного, внутримышечного или внутривенного введения лекарственных препаратов возникает при их передозировке или ошибочном введении ядовитого вещества вместо лечебного средства и др. Препараты в ряде случаев могут вводить себе подкожно и внутримышечно и сами больные. Сила токсического действия при внутривенном введении ядов в организм в несколько раз превосходит действие при введении внутрь. Выделение химических веществ или их метаболитов из организма осуществляется всеми органами, обладающими внешне-секреторной функцией. Большинство чужеродных для организма веществ выводится с мочой и желчью, хотя происходит выделение их также с выдыхаемым воздухом, молоком, слюной, секретией в пищеварительный тракт, с потом.

**Исход отравлений.** Исходом отравления в зависимости от характера яда и его тяжести может быть полное выздоровление, развитие ближайших и отдаленных осложнений, смерть. При смертельных отравлениях обязательно установление причины смерти. При несмертельных — установление связи расстройства здоровья с действием ядовитого вещества и определение степени тяжести отравления, (с обязательной оценкой опасности для жизни имеющихся экстремальных состояний — шока, коллапса, комы).

### ***Наиболее типичные отравления*** **Отравления этиловым спиртом**

Этиловый спирт (этанол, винный спирт) входит в состав различных напитков, обладает большой токсичностью и может приводить при злоупотреблении им к тяжелым острым отравлениям. Смертельной дозой для человека считается 6—8 мл этилового спирта на 1 кг массы тела человека, что примерно составляет 200—300 мл 95 % этилового спирта.

Судебно-медицинское исследование алкогольных интоксикаций производится при освидетельствовании подозреваемых, потерпевших, а также при исследовании трупов при насильственной и скоропостижной смерти. 20 % поступившего в организм алкоголя уже спустя несколько минут всасывается в желудке, остальное — в кишечнике. Концентрированные алкогольные напитки всасываются быстрее. Пищевые продукты, в особенности жиры и белки, задерживают его всасывание. При приеме этанола натощак максимальное содержание его в крови устанавливается уже через 40—90 мин, а при наполнении желудка пищей—через 90—180 мин. Основная часть этилового спирта (около 90%) подвергается в организме окислению, остальное количество выделяется с мочой и выдыхаемым воздухом.

Степень тяжести острого алкогольного отравления зависит от количества принятых алкогольных напитков, индивидуальной реакции, возраста отравившегося и ряда других причин. При тяжелом отравлении может развиваться острая сердечно-сосудистая недостаточность как за счет центрально-паралитического действия этанола, так и в результате прямого воздействия его на сердечную мышцу и сосуды. Нарушение сознания, расстройства дыхания, кровообращения и функции вегетативной нервной системы являются, таким образом, результатом воздействия этилового спирта на кору, подкорковые образования головного мозга и периферическую нервную систему.

В судебно-медицинской практике приходится устанавливать как наличие и степень алкогольного опьянения (отравления), так и наступление смерти от острого отравления этиловым спиртом. Степень острого алкогольного отравления колеблется в широких пределах. Применительно к судебно-медицинской экспертизе различают три степени алкогольного опьянения: легкую, среднюю и тяжелую. Легкая степень алкогольного опьянения характеризуется возбуждением, развязностью, двигательным возбуждением, покраснением лица, нарушением координации движений в легкой степени. При средней степени опьянения нарушается речь, нарастают нарушения координации движений, появляется стремление к грубости, конфликтам, в дальнейшем наступает сон. Тяжелая степень алкогольного опьянения сопровождается понижением рефлексов, снижением болевой чувствительности, потерей сознания, развивается алкогольная кома с нарушением функции дыхания и развитием коллапса. Нередко в этот период наступает рвота, пищевые массы при этом могут затекать в дыхательные пути и вызывать механическую асфиксию.

Судебно-химическое исследование крови и мочи для установления в них концентрации алкоголя производится в судебно-химических отделениях Бюро судебно-медицинской экспертизы методом газовой хроматографии.

В случаях экспертизы в связи с подозрением на смерть от алкогольной интоксикации возникает необходимость доказывать не только сам факт приема незадолго до смерти алкогольных напитков и смерти от отравления этиловым спиртом, но также и определять степень алкогольной интоксикации у погибшего. Результаты расчетов количества алкоголя, принятого в составе спиртных напитков, могут иметь определенное значение при экспертизе трупов лишь в тех случаях, когда в момент происшествия у субъекта наблюдалась стадия элиминации алкоголя. Основным затруднением является установление промежутка времени от приема спиртных напитков до наступления смерти. Если это обстоятельство не установлено, то эксперт может судить лишь о степени опьянения субъекта в период наступления смерти на основании данных о количественном содержании алкоголя в крови трупа. Установить же количество спиртных напитков, принятых незадолго до смерти, эксперт не может.

В случаях, когда в крови погибшего определяется концентрация алкоголя 5 ‰ и выше, судебно-медицинский эксперт имеет право сделать

вывод о смертельном отравлении алкоголем, независимо от характера установленных при вскрытии заболеваний. При более низких концентрациях алкоголя в крови для вывода о том, что смерть наступила от отравления алкоголем, необходимо тщательно проанализировать имевшиеся заболевания и их возможное влияние на наступление смерти.

При диагностике алкогольной интоксикации на трупе пострадавшего значительные трудности возникают и при оценке результатов судебно-химического исследования органов и тканей на различных стадиях посмертного периода, когда вскрытие трупа производится через значительное время после наступления смерти. Случаи образования этилового спирта в трупе в больших концентрациях весьма редки, так как для этого необходима определенная совокупность условий: специфическая микрофлора, трупный материал без выраженных гнилостных изменений, относительно высокая температура окружающей среды.

При подозрении, что смерть наступила от алкогольной интоксикации, на судебно-химическое исследование берутся: кровь из бедренных вен шприцем в пробирку или во флакон из-под пенициллина до пробки (нельзя брать кровь из сердца, полостей трупа); моча; спинномозговая жидкость при поясничном проколе; содержимое желудка; свертки крови из областей повреждений (наличие и определенная концентрация в них этилового спирта указывает на степень опьянения).

## Отравления суррогатами алкоголя

Широкое внедрение химии в производство и быт привело к появлению большого количества продуктов, именуемых техническими жидкостями, часть из которых может употребляться с целью опьянения. Такая своеобразная замена этилового спирта техническими жидкостями, часть из которых относится к классу спиртов, породила пеструю картину всевозможных отравлений, а сами технические жидкости стали именоваться «суррогатами» алкоголя.

**Метиловый спирт (метанол, древесный спирт, карбинол)** широко применяется в промышленности как растворитель, по цвету, запаху и вкусу напоминает этиловый спирт. Отравление им в настоящее время встречается относительно редко, в основном это бытовые отравления, когда яд ошибочно применяется вместо этилового спирта внутрь. Эпизодически встречаются случаи массовых отравлений на производствах, использующих метиловый спирт в качестве технической жидкости.

Метиловый спирт является сильным нервно-сосудистым ядом. Тяжелые отравления могут возникать после приема внутрь 7—10 мл. Смертельная доза колеблется от 30 до 100 мл и выше. Следует отметить выраженную индивидуальную чувствительность организма к метиловому спирту. Описаны случаи смерти после приема уже 5 мл и выздоровления после употребления 250—500 мл.

Течение отравления зависит от принятой дозы и чувствительности к нему организма. После приема яда довольно быстро наступает своеобразная эйфория, которая в отличие от алкогольного опьянения не сопровождается выраженным возбуждением или приподнятым настроением, а больше напоминает состояние похмелья с головной болью, вялостью, нарушением координации движений. Это состояние довольно быстро сменяется тяжелым сном. После сна пострадавшие чувствуют себя хорошо. Такой скрытый период мнимого благополучия продолжается до 1 сут. Затем наступают резкое общее недомогание, головокружение, мышечная слабость, боли в пояснице и животе. Пострадавшие в этот период могут впасть в состояние сильного возбуждения или неожиданно терять сознание. Отмечается резкое снижение зрения, которое при тяжелом отравлении заканчивается слепотой. Смерть обычно наступает в состоянии глубокой комы вследствие паралича дыхательного центра. Без оказания своевременной медицинской помощи смерть обычно наступает на третьи сутки. При выздоровлении у пострадавших нередко остаются стойкие расстройства зрения вплоть до полной слепоты, функциональная неполноценность печени.

**Спирт-сырец** является продуктом сбраживания сахара. Из него методом очистки получают ректификат, используемый, в частности, для приготовления алкогольных напитков. В суррогатах алкоголя, помимо этилового спирта, содержится большое количество вредных для организма человека примесей, в частности сивушные масла, состоящие из высших спиртов (изоамилового, бутилового, изобутилового, изопропилового). Особенно токсичны амиловые спирты, составляющие более трети сивушных масел. По сравнению с этиловым спиртом они обладают большей наркотической силой и большей токсичностью.

**Пропиловые спирты** используются также в качестве растворителей синтетических смол и других веществ. По общему характеру действия на организм человека они напоминают этиловый спирт. Известны случаи смертельных отравлений после приема 300 мл и более яда. Они быстро всасываются из желудочно-кишечного тракта и уже через несколько минут после приема появляются в крови и быстро накапливаются в организме, в частности в головном мозге. Из организма пропиловые спирты и их метаболиты (пропиловая и молочная кислоты, ацетон) выделяются с выдыхаемым воздухом, мочой, калом. При содержании в крови примерно 15‰ изопропилового спирта могут наступить коматозное состояние и смерть.

**Бутиловые спирты** — бесцветные жидкости с характерным спиртовым запахом. Применяются в качестве растворителей в парфюмерии, фармацевтической промышленности и в ряде других производств, в частности для изготовления тормозной жидкости БСК, содержащей 50 % бутилового спирта. Смертельная доза при приеме внутрь — 200—250 мл, хотя довольно значительны индивидуальные колебания чувствительности. Бутиловый спирт дает наркотический эффект, при этом поражается ЦНС. При приеме внутрь развивается кратковременное состояние опьянения,

которое через 3—4 ч переходит в сонливость, апатию, позднее отмечается снижение зрения, мелькание «мушек» в глазах. Нарушается функция почек. При отсутствии соответствующего лечения обычно в течение 2 сут развивается коматозное состояние и больной умирает.

**Амиловые спирты** — желтоватые жидкости с характерным сивушным запахом. Отравления наблюдаются как при приеме спирта-сырца, так и при употреблении тормозной жидкости АСК, содержащей 50 % амилового спирта. При приеме через рот смертельная доза составляет около 20—30 мл чистого амилового спирта. Алкогольное опьянение при приеме этилового спирта даже с небольшой примесью амилового спирта отличается тяжелым течением. По характеру воздействия на организм амиловые спирты являются наркотиками. Прежде всего поражается ЦНС и наступает паралич жизненно важных центров стволовой части мозга. После приема внутрь амиловый спирт в течение нескольких часов циркулирует в крови, выделяется через легкие, с мочой. Отравление характеризуется общей слабостью, головокружением, тошнотой, рвотой, чувством жжения по ходу пищевода и болью в животе. Уже через несколько минут отмечается спутанное сознание, оглушенность, нарастает цианоз. Смерть наступает в состоянии тяжелой комы. Картина отравления зависит в большой степени от концентрации амилового спирта в выпитой жидкости. Основные морфологические изменения отмечаются в желудочно-кишечном тракте. Содержимое желудка имеет сивушный запах.

**Этиленгликоль**—двухатомный спирт, широко применяется в качестве одного из основных компонентов антифризов, тормозных жидкостей. Для борьбы с обледенением применяется в виде водного 55 % раствора.

Острые отравления этиленгликолем имеют место при приеме его внутрь как суррогата алкоголя. Летальность при тяжелой степени отравления достигает 90—100 %. По характеру действия на организм этиленгликоль является нервно-сосудистым и протоплазматическим ядом. В течении отравления выделяют несколько периодов — скрытый, мозговых явлений и почечно-печеночных поражений. После приема этиленгликоля возникает опьянение легкой степени. Затем развиваются симптомы поражения ЦНС и почек, общая слабость, головная боль, тошнота, рвота, боли в животе, судороги, потеря сознания. При тяжелом отравлении смерть наступает на 1—3-й день. Смертельная доза— 150 г и выше.

Токсичность этиленгликоля связывают с быстрым образованием промежуточных продуктов обмена. Смерть наступает в большинстве случаев в связи с развитием острой почечной недостаточности. В таких случаях при вскрытии умерших выявляются характерные изменения почек и печени. Отмечаются увеличение размеров и массы почек, печени.

**Тетраэтилсвинец (ТЭС)** — органическое соединение свинца. Представляет собой маслянистую летучую жидкость, легко испаряющуюся. Входит в количестве 54—58 % в состав различных жидкостей, которые добавляются как антидетонаторы к низкооктановым сортам бензина. ТЭС легко испаряется даже при температуре ниже 0°C. Пары значительно тяжелее

воздуха, в связи с чем они скапливаются в нижних частях помещений. Хорошо растворяется в жирах, липидах, органических растворителях.

Острые отравления ТЭС возникают:

- при ошибочном употреблении этилированного бензина внутрь;
- при вдыхании его паров (при использовании содержащих ТЭС жидкостей в качестве растворителя красок, для мытья рук, чистки одежды);
- В результате всасывания ТЭС через неповрежденную кожу.

При пероральном отравлении этиловой жидкостью смертельная доза равна 10—15 мл. Тяжелые отравления при вдыхании паров могут наступить даже в случаях предельно допустимых концентраций. Выделение происходит с мочой и калом. Отравление характеризуется комплексным поражением ЦНС. На вскрытии умерших от острого отравления ТЭС морфологические изменения обнаруживаются в основном в структурных образованиях ЦНС.

**Ацетон** (диметилкетон)—бесцветная жидкость с характерным запахом. Хорошо смешивается с водой; растворяется в органических растворителях. Является хорошим растворителем многих веществ. Острые отравления возможны при вдыхании паров высокой концентрации и приеме внутрь. Принимается внутрь чаще по неосторожности, иногда в состоянии алкогольного опьянения. В последнее время определенное распространение получила токсикомания путем приведения себя в состояние опьянения с помощью паров ацетона. Чаще всего к этому средству обращаются в поисках эйфории алкоголики и наркоманы. Смертельная доза при пероральном отравлении колеблется в пределах 60—75 мл. По характеру токсического действия ацетон относится к наркотикам. Поражает различные отделы ЦНС, активно угнетает окислительные ферменты. Выделяется из организма через легкие, почки и кожу.

При пероральном отравлении появляются тошнота, рвота, боли в животе, в тяжелых случаях уже через несколько минут наступает потеря сознания. Отмечается цианоз кожи и слизистых оболочек, сухожильные рефлексы отсутствуют, зрачки сужены, не реагируют на свет, изо рта ощущается запах ацетона. Уже через 45—60 мин после приема жидкости возможна остановка дыхания. В тяжелых случаях смерть может наступить через 6—12 ч после приема жидкости.

**Дихлорэтан** применяется в качестве растворителя и экстрагента, в качестве инсектицида и фунгицида, в быту — для чистки одежды и других целей. Прием внутрь 20 мл дихлорэтана вызывает картину тяжелого отравления, часто заканчивающегося смертельным исходом.

Характер клинической картины отравления зависит от дозы яда и путей поступления. Уже через 10—15 мин после приема внутрь одного или нескольких глотков дихлорэтана (10—12 мл и более) отмечаются жалобы на головную боль, сладкий привкус во рту, тошноту, рвоту, сильную слабость, головокружение, шаткую походку, боль в эпигастральной области и правом подреберье. В последующем развивается коматозное состояние и при тяжелых формах отравления наступает смерть.

## Отравления едкими ядами

**Едкие яды** — химические вещества или их смеси, оказывающие местно при контакте со слизистыми оболочками или кожными покровами раздражающее, некротизирующее и расплавляющее действие. После всасывания такие яды оказывают также и общетоксическое действие. Наибольшее значение для судебной медицины имеют отравления органическими (уксусная, карболовая) и неорганическими (азотная, серная и хлористоводородная) кислотами, а также едкими щелочами (едкий натр, едкий калий, каустическая сода). Значительно реже встречаются отравления щавелевой кислотой, формалином, перекисью водорода, перманганатом калия, спиртовым раствором йода, нашатырным спиртом. Местное их действие является основным и находится в прямой зависимости от концентрации вещества. Возникающие вследствие химического ожога болевые раздражения могут вызвать шок и быструю смерть.

**Отравления кислотами.** Кислоты представляют собой соединения, молекулы которых в водном растворе отщепляют ионы водорода. Выраженность их токсического действия зависит от количества свободных ионов водорода и возрастает с их увеличением. Омертвевшие ткани в местах контакта с кислотой образуют плотноватые струны, окруженные участками воспаления. Картина отравлений во многом зависит от путей введения, длительности воздействия, чувствительности организма. Наиболее часто яды поступают в организм через рот. При проглатывании появляются болевые ощущения во рту, по ходу пищевода, в желудке. Часто отмечается рвота, нередко рвотные массы имеют цвет кофейной гущи за счет образования гематина, с примесью отторгнутых участков слизистой оболочки. При обширной ожоговой поверхности отравление протекает бурно, быстро развивается шок и наступает смерть. Вследствие аспирации кислоты или ее паров, а также частиц рвотных масс появляются резкий упорный кашель и одышка. Вследствие быстрого развития отека тканей у входа в гортань или голосовых связок может возникнуть асфиксия, приводящая к смерти. После всасывания кислот общая реакция организма проявляется в расширении зрачков, судорогах, двигательных расстройствах, падении артериального давления, в поражении печени, почек, гемолизе.

При смерти от отравлений различными кислотами морфологическая картина весьма сходна: ожоги кожи и слизистых, отечность входа в гортань, полнокровие внутренних органов, дистрофия паренхиматозных органов; при замедленном наступлении смерти — перитонит, нефрозонефрит, тяжелые дистрофические изменения в печени, почках, миокарде. Дифференциальная диагностика отравлений различными кислотами основана на оценке местного воздействия кислот. Для отравления серной кислотой характерен глубокий некроз слизистой оболочки желудка, приобретающей угольно-черный цвет; при отравлении азотной кислотой слизистая оболочка приобретает желтоватый оттенок, хлористоводородной — грязно-серый цвет.

**Отравления щелочами.** Едкие щелочи (гидроксид натрия, гидроксид калия, гидроксид аммония — нашатырный спирт) широко используются на производстве и в быту. Отравление ими в основном случайное. Выводятся из организма кишечником и через почки, повреждая эти органы. Смертельная доза гидроксидов натрия и калия—10—15 г, аптечного нашатырного спирта— 25—40 мл. Смертельные исходы наблюдаются в 50 % случаев отравления. Нашатырный спирт иногда применяют внутрь для «устранения» алкогольной интоксикации, что часто приводит к острым отравлениям. Прием едких щелочей внутрь вызывает клиническую картину, сходную с таковой при отравлении кислотами. Щелочи глубже, чем кислоты, проникают в ткани, образуя глубокие некрозы, покрытые струпом серого или беловатого цвета. Прижигающее действие едкого калия сильнее, чем едкого натра. Нашатырный спирт обладает особенно резким раздражающим действием.

При отравлении появляются сильная жажда, рвота, часто с кровью, а также кровавый понос. Возникают сильные боли во рту и по ходу пищеварительного тракта, приводящие к развитию болевого шока. В результате ожога и отека глоточного кольца развивается механическая асфиксия. Одновременно отмечается поражение почек и печени. В остром периоде возможны повторные пищеводно-желудочные кровотечения. Смерть может наступить в первые часы и сутки от ожогового шока, а в более поздние сроки — от пневмонии, массивных кровотечений и других причин. При отравлении нашатырным спиртом наиболее выражены явления резкого возбуждения ЦНС, угнетения дыхательного центра, токсического отека легких. Отмечается высокая смертность. При отравлении нашатырным спиртом на фоне алкогольной интоксикации происходит суммация токсических эффектов. Степень выраженности интоксикации зависит от доз ядовитых веществ и ряда других факторов, определяющих тяжесть токсического процесса. При судебно-химическом исследовании производится количественное определение едких щелочей во внутренних органах трупа.

## **Отравления другими ядами**

**Деструктивные яды.** К деструктивным ядам относят группу веществ, действие которых на организм проявляется преимущественно в нарушении структуры внутренних органов в виде дистрофических и некротических изменений почек, печени, миокарда, желудочно-кишечного тракта, мозга. Местное действие деструктивных ядов чаще бывает раздражающим или прижигающим. Основное токсикологическое значение имеют изменения в организме, наступающие под влиянием резорбтивного действия ядов. Общее действие этих ядов может проявляться в поражении центральной и периферической нервной системы (параличи, энцефалопатия); нарушении деятельности нервно-регуляторных механизмов, кровеносных сосудов, деструкции органов и тканей (сердце, печень, почки и др.).

**Отравления окисью углерода.** Окись углерода — оксид углерода (CO) образуется при неполном сгорании веществ, содержащих углерод. В чистом виде CO представляет собой бесцветный газ, немного легче воздуха, не имеет запаха. Практически CO встречается в смеси с различными газами. Острые отравления окисью углерода встречаются в промышленности и в быту. В быту отравления возможны как несчастные случаи при повреждениях газопроводов в газифицированных квартирах, при неумелом пользовании газовой сетью или печным отоплением, при пожарах, пороховых взрывах, в личных гаражах. Известны случаи отравления окисью углерода с целью самоубийства. Поступая через легкие в кровь, она связывается с гемоглобином, образуя весьма стойкое соединение — карбоксигемоглобин. Сродство окиси углерода к гемоглобину человека примерно в 300 раз выше, чем у кислорода. Поэтому даже незначительные ее концентрации могут привести к образованию в крови значительных количеств карбоксигемоглобина. Гемоглобин, связанный с окисью углерода, теряет способность соединяться с кислородом, что нарушает доступ кислорода к тканям и органам и приводит к развитию в них кислородного голодания. Тяжесть отравления определяется степенью насыщенности ею крови. При связывании окиси углерода с 60—70 % гемоглобина может наступить смерть.

Имеются значительные индивидуальные колебания к токсическому действию оксида углерода. Женщины переносят интоксикации легче, чем мужчины. Отмечается также повышенная устойчивость к окиси углерода у детей в возрасте до года по сравнению со взрослыми. Есть несколько форм отравления окисью углерода. Молниеносная форма наступает от воздействия крайне высоких концентраций окиси углерода. Эта форма характеризуется моментальной потерей сознания, единичными судорожными сокращениями мышечных групп и быстрой остановкой дыхания.

Наступление смерти по своей форме напоминает апоплексический инсульт. Следует иметь в виду, что в таких случаях карбоксигемоглобин можно обнаружить только в крови из полости левого желудочка сердца и грудном отделе аорты, где он оказывается в очень больших концентрациях (80% и выше). Замедленная форма может иметь различное течение — от легкого до тяжелого. Появляются мышечная слабость, особенно в ногах, головокружение, шум в ушах, тошнота, рвота, вялость, сонливость, иногда, наоборот, — буйство, потеря ориентации (картина отравления напоминает алкогольное опьянение). По мере нарастания интоксикации наступают расстройство координации движений, стойкая потеря сознания, судороги, бред, галлюцинации, кома. Смерть наступает от паралича дыхательного центра. Сердце сокращается еще 2—8 мин после остановки дыхания. Необходимо учитывать, что смерть может последовать через 1—3 нед после отравления вследствие сосудистых расстройств и кровоизлияний в подкорковые узлы, продолговатый мозг, миокард.

Диагностика основывается на обстоятельствах происшествия, данных лабораторных исследований, характерной клинической картине, данных

вскрытия трупа (окраска трупных пятен и крови) и данных судебно-химического исследования (определение содержания карбоксигемоглобина в крови трупа).

**Отравления цианистыми соединениями** в настоящее время встречаются редко (цианистым калием, много реже — цианистым натрием или цианистой ртутью). Цианистоводородная кислота (синильная кислота) в чистом виде бывает только в лабораториях. В плодах и семенах некоторых растений (персики, абрикосы, вишни, сливы, миндаль и др.) содержится глюкозид, освобождающий при разложении синильную кислоту, в связи с чем при неумеренном их употреблении могут возникать отравления.

В организм цианистые соединения поступают через рот и быстро всасываются в кровь через слизистую оболочку полости рта, пищевода и желудка. При проникновении цианистых соединений в ткани их активные цианогруппы стабилизируют дыхательный фермент — цитохромоксидазу в стойком трехвалентном состоянии железа, вследствие чего нарушается способность клеток воспринимать кислород из крови и развивается глубокая гипоксия тканей без аноксемии. В первую очередь страдают нервные клетки головного мозга, что приводит к параличу дыхательного и сосудодвигательного центров. Смертельная доза чистой синильной кислоты — 0,005—0,1 г; цианистого калия — 0,15—0,25 г.

При больших дозах смерть наступает очень быстро — в течение минуты. Отмечаются потеря сознания, судороги, одышка, расширение зрачков и смерть. При меньших дозах (0,1—0,2 г цианистого калия) признаки отравления наблюдаются через 5—10 мин, появляются тошнота и рвота, нарастающая слабость, судороги, наступает потеря сознания, затем — остановка дыхания и сердца. Весь период отравления длится от 15 до 40 мин. На секции определяют признаки остро наступившей смерти. Трупные пятна вишневого цвета, кровь жидкая, красная. Из полостей, от легких и головного мозга исходит запах горького миндаля. Большое значение в диагностике отравления придается судебно-химическому исследованию желудка с содержимым, крови, головного мозга, печени, почек и мочи.

**Острые отравления снотворными средствами.** Отравления снотворными наблюдаются в быту при неоправданном увеличении их дозы в случаях самолечения, при злоупотреблении ими, а также при приеме их по суицидальным мотивам. При приеме некоторых снотворных (например, транквилизаторов) отмечается усиливающий эффект действия алкоголя. Чаще всего встречается отравление барбитуратами — производными барбитуровой кислоты: циклобарбитал, гексабарбитал, барбамил, фенobarбитал, этаминал-натрий, барбитал-натрий. Из числа снотворных небарбитурового ряда чаще встречаются отравления ноксиронем, оксибутиратом и некоторыми другими препаратами.

Картина отравления снотворными у взрослых во многом зависит от дозы препарата и механизма его действия, сочетания приема этих препаратов с другими средствами, усиливающими их действие, а также от индивидуальной реактивности организма. Уже при приеме барбитуратов в

дозе, превышающей терапевтическую (снотворную) в 3—4 раза, наступает легкая степень отравления. Принятие 15—20-кратной дозы препарата вызывает очень тяжелое отравление, часто заканчивающееся смертью. Доза препаратов 0,1 г на 1 кг массы тела смертельна. Анальгетики, нейролептические и другие нейротропные вещества усиливают действие снотворных. Большинство снотворных поступает в организм перорально, ряд может вводиться парентерально (барбитал-натрий, барбамил, этаминал).

Барбитураты очень быстро всасываются из желудка. Уже через 8 ч они там не обнаруживаются. Механизм действия барбитуратов сводится к глубокому угнетающему влиянию на ЦНС и сопровождается коматозным состоянием, угнетением функции дыхательного и сосудодвигательного центров, развитием гипоксии и другими симптомами. На вскрытии отмечаются признаки быстро наступившей смерти и определенные изменения в различных отделах головного мозга. Количественное определение барбитуратов в биологических средах организма позволяет определять степень интоксикации и диагностировать смерть от отравления ими. На судебно-химическое исследование направляются кровь, моча, ликвор. Развитие острой интоксикации происходит при концентрации яда в крови от 1 до 10 мг% в зависимости от характера вещества. Содержание барбитуратов в моче не зависит от стадии интоксикации. На судебно-химическое исследование в случаях острых летальных отравлений следует направлять промывные воды желудка, мочу, кровь и трупный материал. Барбитураты долго сохраняются в трупном материале. Так, например, барбамил обнаруживают через 6 нед после смерти, а в трупном материале, консервированном формалином, — через 3 года.

Острые отравления снотворными небарбитурового ряда, в основном производными пиперидина (ноксирон, оксибутират натрия), напоминают собой отравления барбитуратами. Токсическая доза ноксирона колеблется в широком диапазоне — от 5 до 20 г (20—80 таблеток). Ноксирон медленно всасывается в желудочно-кишечном тракте и поэтому явления интоксикации могут возникнуть спустя несколько часов после приема. Препарат депонирует в жировой ткани, медленно выводится почками. В токсических дозах вызывает выраженное угнетающее действие на ЦНС вплоть до развития тяжелой комы. Патоморфологические изменения такие же, как и при отравлении барбитуратами. Диагноз острого отравления ставится на основании обстоятельств происшествия, клинической картины и данных судебно-химического исследования, при котором производится количественное определение препарата в крови и моче.

Систематическое введение в организм снотворных как барбитуратов, так и небарбитуровых, может приводить к возникновению токсикоманий и наркоманий, характеризующихся сходными проявлениями физической зависимости от препаратов. В качестве агентов, вызывающих токсикоманию, барбитураты более опасны, чем другие снотворные. В результате роста толерантности максимальные дозы барбитуратов могут достигать 4,5—5,0 г.

**Острые отравления психотропными средствами.** Психотропные лекарственные средства обладают направленным воздействием на нервно-психические процессы. Ряд из этих веществ может оказывать различные побочные действия, в частности к ним наблюдается привыкание (токсикомания). Все увеличивающийся выпуск указанных средств и злоупотребление ими привели к росту острых интоксикаций. Среди психотропных средств выделяют 5 групп: наркотики (морфин, диэтиламид лизергиновой кислоты—ДЛК, кокаин, препараты индийской конопли), нейролептики или антипсихотики (производные фенотиазина), транквилизаторы (мепробамат, амизил), антидепрессанты (ипразид, имизин), психоаналептики (кофеин, фенамин).

Наркотики вызывают чередующиеся маниакальные и депрессивные синдромы с агрессивной или суицидальной окраской, с физическим истощением и распадом личности. Интоксикация возникает при длительном употреблении наркотиков вследствие болезненного пристрастия к ним. Многие из них используются в медицине как болеутоляющие средства. К данной группе относится морфин (препарат, получаемый из порошка опиума), другие опиаты, а также синтетические препараты с морфиноподобным действием.

Смертельная разовая доза морфина при приеме внутрь 0,2—0,4 г, при парентеральном введении—0,1—0,2 г. Параллельно с развитием токсикоманий появляется привыкание к препарату. Описаны случаи, когда наркоманы вводили по 10—14 г морфина. Действие препаратов опиума в значительной степени совпадает с действием морфина — основного представителя группы наркотических анальгетиков. Морфин быстро всасывается и оказывает свое действие через 10—15 мин после подкожного введения и через 20—30 мин после приема внутрь. Концентрируется морфин в различных органах и тканях, больше всего в печени, где он подвергается деметилированию. Сразу после всасывания морфин частично выделяется с желчью, а в неизменном виде — в просвет кишечника (с последующим повторным всасыванием), а также выводится с калом, мочой, слюной, потом и с молоком кормящей матери. Максимум выделения отмечается через 8—12 ч. За сутки выделяется около 75% морфина, поступившего внутрь организма.

К наиболее частым причинам острых отравлений опиатами относятся случайная передозировка, умышленная передозировка при попытке самоубийства. В картине отравления морфином и его аналогами ведущее место занимает остро возникающая дыхательная недостаточность вследствие угнетающего влияния наркотических анальгетиков на дыхательный центр. В начальной стадии отравления эйфория, сменяющаяся сонливостью, головокружением, сухостью во рту, тошнотой, нередко рвотой, отмечается сужение зрачков с ослаблением их реакции на свет, замедление дыхания, снижение артериального давления. При наступлении коматозного состояния — резкое сужение зрачков, кожные покровы бледны, кожа на ощупь влажная и холодная, температура тела понижена. Смерть наступает от паралича дыхательного центра.

Из других алкалоидов опия заслуживает внимания героин, действие которого сходно с морфином, но более сильное. Другие наркотики растительного происхождения (диэтиламид лизергиновой кислоты — ДЛК, ЛСД — производное спорыньи, гашиш (план, анаша, марихуана) — производное индийской конопли; кокаин — алкалоид, содержащийся в листьях южноафриканского кустарника, и др. при введении в организм вызывают кратковременный психоз с галлюцинациями (отсюда их второе название — галлюциногены). Эти вещества способны уже в ничтожных дозах вызывать временное расстройство психики. Так, например, ДЛК в дозе 0,001 мг/кг вызывает психотическое расстройство продолжительностью 5-10 ч. Смертельные дозы превышают токсические в 100 раз и более. Нарушение психики наблюдается через 20-30 мин после поступления ДЛК в организм, достигая максимума через 1-2 ч и продолжается в среднем 6-8 ч, иногда до 16-20ч.

**Судорожные яды.** Стрихнин является основным алкалоидом семян чилибухи, содержащей не менее 2,5 % алкалоида стрихнина. Используется в медицинской практике в виде азотистой соли стрихнина (бесцветный кристаллический порошок) в качестве горечей для улучшения пищеварения, стимуляции процессов обмена и функций спинномозговых центров. Имеет горький вкус. Труднорастворим в воде и спирте. Препарат используется также для борьбы с грызунами и другими дикими животными. Случаи убийства и самоубийства крайне редки. Возможны случаи отравлений при приеме перорально и парентерально. Для взрослых летальная доза 0,1—0,3 г, для детей — 0,005 г. Токсическое действие препарата связано с его влиянием на межнейронные синапсы спинного мозга, облегчая проведение возбуждения в них. В организме стрихнин распределяется относительно равномерно. Около 20 % стрихнина выводится из организма в неизменном виде почками, около 80 % препарата разрушается в печени. Полное выделение препарата происходит в течение 3—4 сут, однако основная его часть выделяется через 10 ч.

При очень больших дозах наступает паралич дыхательного центра и быстрая смерть. Смерть обычно наступает или от асфиксии в результате судорог, или в результате истощения ЦНС. На секции умерших от отравления стрихнином отмечается лишь картина остро наступившей смерти. Стрихнин длительное время сохраняется в трупe и обнаруживается в органах даже через несколько месяцев после смерти.

### ***Судебно-медицинская экспертиза отравлений***

В случаях отравления для установления причины смерти или связи расстройства здоровья с действием ядовитых веществ проводится судебно-медицинская экспертиза. Выводы эксперта во многом зависят от собранных следователем данных об обстоятельствах происшествия и характере предполагаемого ядовитого вещества, времени, прошедшего от момента приема яда и наступления смерти, характера оказанной медицинской

помощи, правильности изъятия и хранения объектов из трупа, направляемых на судебно-химическое исследование.

Подозрение на то, что смерть наступила от отравления, может возникнуть и в случаях неожиданного ее наступления, как бы среди полного здоровья. Диагностика смерти от отравления нередко представляет большие трудности, связанные с рядом объективных и субъективных причин — неправильной оценкой данных лабораторных исследований, значительным временем, прошедшим между приемом яда и смертью, сходством клинических проявлений при отравлениях и некоторых заболеваниях.

Для доказательства имевшего место отравления используются собранные следствием материалы, содержащие сведения об обстоятельствах происшествия; данные судебно-медицинского освидетельствования потерпевшего (при несмертельных отравлениях) и данные вскрытия трупа; данные судебно-химических и других лабораторных исследований объектов, обнаруженных на месте происшествия, полученных от лечащих врачей, изъятых при вскрытии трупа. Собранные следствием материалы об обстоятельствах происшествия могут прямо указывать на возможное отравление. Например, одновременное внезапное заболевание или смерть нескольких человек после совместного употребления «алкогольного напитка», с развитием у пострадавших одинаковых болезненных симптомов.

В обнаруженных на месте происшествия остатках пищи и питья, в посуде, в различных упаковочных материалах от лекарственных средств, на трупе (на руках, у отверстия рта и других частей тела), на одежде и в ее карманах могут быть обнаружены остатки яда, принятого пострадавшим. Наличие рвотных масс также может косвенно служить указанием на возможное отравление (развитие рвоты в качестве защитной реакции организма на интоксикацию), рвота может содержать в себе следы яда. Осмотр места происшествия и трупа целесообразно проводить с участием специалиста в области судебной медицины. Обнаруженные при этом вещественные доказательства, требующие лабораторного исследования, направляются в Бюро судебно-медицинской экспертизы. Медицинские документы (амбулаторные карты, истории болезни и др.), содержащие описание течения отравления и сведения о характере медицинской помощи, должны быть представлены эксперту в подлинниках.

Судебно-медицинское исследование трупа при подозрении на отравление имеет свои особенности. Тщательно осматривают в морге одежду, белье и другие вещи, доставленные вместе с трупом. При осмотре предметов одежды могут быть обнаружены остатки яда, рецепты на получение ядовитых лекарственных веществ. При наружном исследовании трупа могут быть установлены необычная окраска трупных пятен (яркий розово-красный цвет при отравлении окисью углерода, коричневый или буроватый при отравлении ядами, образующими в крови метгемоглобин, и др.), желтушный цвет кожи при отравлениях мышьяковистым водородом и отравлении грибами; резко выраженное и быстро наступившее мышечное окоченение (при отравлениях стрихнином), ожоги в виде потеков или пятен

на коже в области рта, подбородка, щек (при отравлении прижигающими веществами), следы уколов в местах введения яда, резкое сужение зрачков (при отравлении опиумом, морфином) или их резкое расширение (при отравлении атропином, белладонной, астматолом), явления раздражения и изъязвлений на слизистой оболочке губ и десен при действии едких ядов, сероватая кайма на деснах при отравлении свинцом или ртутью.

Полученные при судебно-медицинском исследовании трупа данные обязательно должны быть сопоставлены с данными следствия и с данными, полученными при лабораторном исследовании тканей и органов трупа. Судебно-медицинское освидетельствование производится при отравлениях, которые не привели к смертельному исходу. Такое освидетельствование пострадавшего производится как в стационаре, так и амбулаторно. Имеющее место отравление в подобных случаях доказывается следственными материалами, медицинскими документами об оказании помощи и лечении, а также данными освидетельствования больного экспертом.

На судебно-медицинские и другие лабораторные исследования направляются не только изъятые при вскрытии трупа части внутренних органов, но также и обнаруженные на месте происшествия остатки напитков, пищи, рвотные массы и другие объекты, могущие содержать ядовитое вещество. Выбор вида лабораторного исследования вещественных доказательств определяется характером предполагаемого отравляющего вещества. Положительный результат судебно-химического исследования, взятый изолированно, еще не доказывает факта отравления, а отрицательный — его не исключает. Во внутренних органах трупа могут быть обнаружены химические вещества, в том числе и ядовитые, которые не были источником отравления, а поступили в организм человека в качестве лекарственного средства, с пищевыми продуктами.

Результаты судебно-химического исследования при смерти от отравления могут быть отрицательными по разным причинам:

- вследствие быстрого выделения яда из организма;
- перехода яда в иные, не обнаруживаемые при судебно-химическом исследовании соединения;
- неправильного изъятия и сохранения органов и тканей до их исследования;
- применением не соответствующего для данного отравления метода исследования.

Время, прошедшее с момента приема яда до наступления смерти и вскрытия трупа, во многом определяет сохранение яда в трупе, а следовательно, и возможность его обнаружения при судебно-химическом исследовании. Однако ряд ядов может обнаруживаться в трупах через большие сроки после смерти и захоронения, например соли тяжелых металлов. При подозрении, что смерть наступила от отравления, производится эксгумация; объектами судебно-химического исследования могут быть доски гроба, окружающая его земля, куда могут попасть яды из трупа.

## ***Повреждения, вызванные физическими воздействиями*** **Повреждения, вызванные действием высоких температур**

Термические повреждения, в особенности ожоги, сравнительно часто встречаются в быту и на производстве и сопровождаются довольно высокой летальностью. Частота ожогов по отношению к числу травм в быту и на производстве в мирное время составляет от 5 до 12%. Около трети обожженных составляют дети, значительная доля приходится также на лиц преклонного и пожилого возраста.

Возникновение патологических реакций при термической травме связано с гипоксическими, гемодинамическими и метаболическими нарушениями. Специфической особенностью ожоговой травмы в отличие от других видов внешних воздействий является то, что первично страдает только кожа, но вторично патология развивается практически во всех внутренних органах. Исключением является лишь первичное поражение в виде ожогов дыхательных путей.

Расстройство здоровья и смерть от действия термического фактора могут явиться следствием общего перегревания организма или местных (локальных) воздействий.

**Перегревание.** Организм человека может получить в определенных условиях не только жизненно необходимое, но и повреждающее количество тепла из внешней среды. Внешнее нагревание особенно значительно при прямом действии солнечных лучей, а также при наличии интенсивной тепловой нагрузки от раскаленных предметов (что наблюдается в бытовых и производственных условиях) или от нагретых солнцем почвы, камней и др. (вторичная радиация). Важным фактором, оказывающим влияние на развитие перегревания, является высокая влажность воздуха.

Интенсивность испарения жидкости с поверхности тела при одной и той же внешней температуре находится в обратной зависимости от влажности окружающего воздуха. В условиях 100 % относительной влажности теплоотдача испарением практически прекращается. При температуре воздуха 28--30°C и 100% влажности может наступить перегревание даже при умеренных физических нагрузках. Пожилые люди более чувствительны к воздействию высокой температуры. В связи с недостаточным развитием механизмов терморегуляции в первые месяцы жизни перегревание особенно легко наступает у детей в возрасте до года. Перегреванию способствуют и такие факторы, усиливающие теплообразование, как гипертиреоз, другие нарушения эндокринной регуляции.

В условиях жаркого климата и интенсивной инсоляции явления перегревания могут протекать по типу теплового или солнечного удара. Различие между тепловым и солнечным ударом заключается в том, что при первом происходит общее перегревание тела, при втором — перегревание головы. Солнечный удар сопровождается головной болью, покраснением

лица, упадком сил. У потерпевшего появляются тошнота, рвота, расстройство зрения, общая вялость, учащение пульса и дыхания, температура тела повышается до 40°C. В дальнейшем наступает потеря сознания, температура тела достигает 42-44 °С. Пульс, сначала учащенный, замедляется, становится напряженным и ослабевает вследствие падения сердечной деятельности, снижается артериальное давление. Потовыделение прекращается. Наблюдаются кровоизлияния в мозг и внутренние органы. Поражение ЦНС проявляется в развитии сонливости, сумеречного состояния помрачения сознания, общего возбуждения, галлюцинаций, чувства страха и нередко судорог.

Перегревание организма сопровождается серьезными нарушениями гемодинамики, составляющими одно из основных патогенетических звеньев теплового удара. Внутренние органы в покое являются основными источниками теплообразования и нуждаются в постоянном отводе тепла к поверхности. При действии высокой температуры развивается неспецифическая стрессовая реакция, сопровождающаяся выбросом глюкокортикоидов, катехоламинов и биогенных аминов. Смерть наступает обычно от первичной остановки дыхания при температуре тела 42,5—43,5 °С.

Непосредственной причиной смерти при остром перегревании являются глубокое нарушение циркуляции крови, гипоксия, повреждающее действие тепла и токсических продуктов на нервные центры. При проведении судебно-медицинской экспертизы трупов лиц, погибших от общего перегревания организма, макроскопически не выявляются какие-либо специфические морфологические изменения, позволяющие решить вопрос о причине смерти. Важное значение для экспертного заключения имеет подробное ознакомление с протоколом осмотра места обнаружения трупа, с материалами следствия и клинической картиной, предшествующей наступлению смерти.

Патологические изменения тканей и органов, возникающие от местного воздействия высокой температуры, называют термическими ожогами. Они причиняются пламенем, горячими жидкостями, смолами, газами, паром, нагретыми предметами, расплавленным металлом.

**Ожоги.** Среди термических поражений наибольшее экспертное значение имеют ожоги, образующиеся от действия пламени. Причиной ожогов дыхательных путей чаще всего являются пламя и пар, возможно также термохимическое воздействие токсических продуктов. При взрывах и пожарах в закрытых помещениях наряду с термическими могут происходить механические повреждения слизистой оболочки дыхательных путей, разрывы ткани легкого с развитием подкожной эмфиземы, пневмо- и гемоторакса. Повышенная влажность увеличивает теплопроводность горячего воздуха, который медленнее остывает и вызывает более тяжелые поражения слизистой оболочки дыхательных путей. Постоянный спутник термических поражений дыхательного тракта — респираторная недостаточность.

Причиной смерти большинства больных с термическими поражениями дыхательных путей являются пневмонии. При непродолжительном

воздействии горячей воды поражаются лишь поверхностные слои кожи. При ожогах пламенем это воздействие возрастает в 5—7 раз. Наиболее тяжелые ожоги возникают от горения одежды на теле пострадавшего. Именно поэтому ожоги горячими жидкостями поверхностные, а пламенем — глубокие. Отсюда становится понятной целесообразность местного охлаждения в области ожога, что значительно сокращает период послеожогового перегревания тканей, вследствие чего уменьшается глубина некротического поражения. В зависимости от глубины повреждения кожи и подлежащих тканей в клинико-экспертной практике принято различать четыре степени ожогов.

**Ожог I степени - эритема кожи** - характеризуется покраснением и припуханием пораженного участка кожи вследствие острого воспаления ее поверхностных слоев с образованием небольшого количества серозно-фибринозного экссудата. Такой ожог развивается при кратковременном действии и невысокой температуре теплового фактора, не вызывающего свертывания белка. Излечение обычно наступает в течение 3—5 дней, последствия ожога ограничиваются лишь шелушением поверхностного слоя кожи.

**Ожог II степени - образование пузырей** - возникает при продолжительном или резком воздействии высокой температуры. Он характеризуется образованием пузырей в результате острого серозного воспаления кожи. Жидкость в пузырях вначале прозрачная, затем быстро мутнеет вследствие свертывания белка, содержит клеточные элементы (лейкоциты). Стенка пузырей образуется отслоенным роговым слоем эпидермиса, дно — ростковым. Окружающая кожа резко гиперемирована, припухшая. Через 3—4 дня расстройства кровообращения и экссудативные явления уменьшаются, жидкость всасывается. На дне пузырей происходит усиленное деление клеток росткового слоя эпидермиса и к 7—10-му дню образуется новый роговой слой.

**Ожог III степени - некроз кожи с частичным повреждением росткового слоя** - возникает при длительном действии высокой температуры. Он характеризуется влажным или сухим некрозом кожи. Влажный некроз наблюдается обычно при действии кипятка, пара (обваривания). Кожа в месте влажного некроза желтоватого цвета, отечна, пастозна, иногда покрыта пузырями. Воспаление протекает по типу расплавления омертвевших тканей. При сухом некрозе кожа сухая, плотная, бурого или черного цвета, а участок омертвевших тканей четко ограничен. Заживление ожогов III степени происходит путем рубцевания, а в случае сохранения даже небольших участков росткового слоя эпителия возможна эпителизация.

**При ожогах IV степени - некроз кожи и подлежащих тканей** - наступают необратимые изменения кожи, подлежащих тканей, включая кости, при воздействии пламени — обугливание.

Волосы при действии горячей жидкостей не повреждаются, а на обожженных участках тела могут быть обнаружены составные части

жидкостей. При действии пламени на ожоговых поверхностях сохраняются следы копоти, происходит опаление волос. Если при обваривании потеки распространяются вниз, то при ожогах пламенем повреждения распространяются вверх по ходу языков пламени. Локализация ожогов нередко помогает решить вопрос о положении пострадавшего в момент происшествия.

Если в период действия пламени пострадавший находился в горизонтальном положении, то полосы ожогов могут иметь поперечное направление. У охваченного пламенем стоящего или идущего человека нередко обнаруживаются продольно восходящие полосы ожогов и копоти. В оценке тяжести повреждения, помимо глубины ожога, важное значение имеет определение его площади, обычно выражающейся в процентах к общей поверхности тела (рис.26).

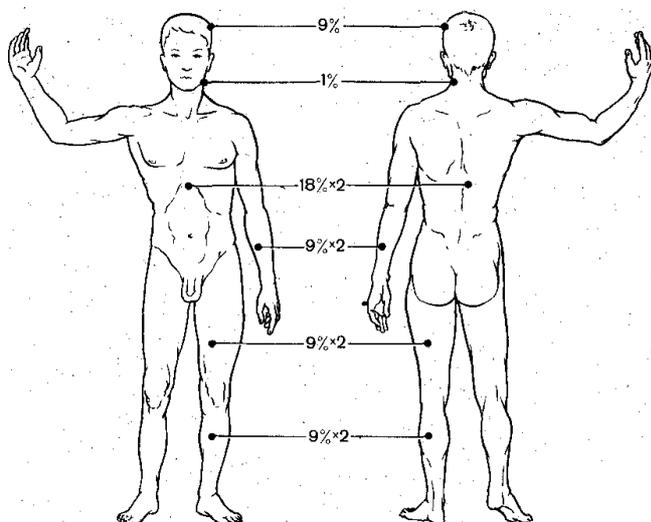


Рис. 26. Определение площади ожогов.

Ожоги, захватывающие 40—50 % поверхности тела, не совместимы с жизнью, хотя описаны единичные случаи выздоровления при ожогах, занимавших до 70—80 % поверхности тела. Если поражено около трети площади тела, состояние пострадавших крайне тяжелое. Нередко, особенно у детей, смертельный исход наступает после ожогов, занимающих сравнительно небольшой участок тела (шея, грудь, лицо, конечность).

Судебно-медицинская экспертиза лиц, погибших в поздние сроки ожоговой болезни или ее осложнений, особого труда не представляет, поскольку эксперт, как правило, располагает данными медицинских документов лечебных учреждений. Наиболее сложна экспертиза при обнаружении трупа с признаками действия высокой температуры (например, на пожарище), когда необходимо решать вопрос о ее прижизненном или по-

смертном действии. Следует отметить, что в условиях пожара смерть человека наступает, как правило, от отравления окисью углерода, а обгорание является посмертным.

На прижизненную аспирацию дыма указывает наличие большого количества копоти на слизистой оболочке дыхательных путей, включая мельчайшие бронхи. Важным признаком прижизненного воздействия пламени является наличие ожогов слизистой оболочки полости рта, глотки, гортани и трахеи. Показателем прижизненного действия также может быть обнаружение карбоксигемоглобина, образующегося при вдыхании дыма, содержащего окись углерода.

При обгорании трупа происходит испарение влаги и свертывание белка. Мышцы уплотняются и укорачиваются — наступает их тепловое окоченение. Поскольку сгибатели развиты сильнее разгибателей, труп принимает своеобразную форму, при которой верхние и нижние конечности оказываются согнутыми, — так называемая поза боксера. Этот феномен исключительно посмертного происхождения (рис. 27).



Рис. 27. Посмертное действие пламени (поза боксера).

В случаях криминального сожжения трупа или его частей необходимо произвести исследование золы для выявления наличия в ней костной ткани. Решение вопроса, человеку или животному принадлежит костная ткань, подвергшаяся действию высокой температуры, возможно при использовании комплекса специальных методов исследования: сравнительно-анатомического, физико-химического, рентгенографического, микроскопического, инфракрасной спектроскопии, эмиссионного спектрального анализа.

### **Повреждения, вызванные действием низких температур**

При действии низкой температуры на организм возникает ряд общих и местных реакций. Возникновение и степень выраженности общих и местных реакций при охлаждении зависят от температуры окружающей среды, скорости движения воздуха, его влажности, состояния тепловой защиты организма (характера одежды), степени увлажненности кожных покровов,

индивидуальных особенностей и состояния организма. Больные, истощенные люди, старики, дети наиболее чувствительны к действию холода. Быстрому охлаждению организма способствуют малокровие, травма, переутомление, эмоциональные потрясения. Особое значение при развитии охлаждения имеет влияние этилового алкоголя, поскольку при опьянении периферические кровеносные сосуды расширяются и поэтому усиливается теплоотдача.

Течение и исход общего охлаждения во многом зависят от условий, в которых оно происходило. Например, исход особенно неблагоприятен при охлаждении в воде. Длительное действие низких температур внешней среды в определенных условиях приводит к постепенному снижению тканевой температуры тела человека. Снижение температуры тела приводит к торможению биохимических процессов в клетках и тканях, которые снижаются в зависимости от охлаждения в геометрической прогрессии. Температура тела у живого человека, подвергавшегося действию холода, как правило, не может быть ниже 26 °С. Начальные стадии общей гипотермии обратимы, если универсальные расстройства кровообращения относительно кратковременны и невелики. Принципиально важно, что экстремальные состояния при холодовой травме и наступление смерти от нее протекают без оледенения тканей. Замерзает, таким образом, только труп. Смерть наступает при снижении температуры тела до 22—24 °С. Непосредственной причиной смерти чаще всего является первичная остановка дыхания, иногда сосудистый коллапс или фибрилляция желудочков сердца.

При осмотре трупа на месте его обнаружения (обычно лежащего на снегу на открытом пространстве) поза пострадавшего может свидетельствовать о прижизненном действии низкой температуры: человек, пытаясь сохранить тепло, сгибает руки в локтевых суставах и прижимает их к груди, ноги подгибает к животу, сгибая их в коленных суставах, — поза зябнувшего человека. Наблюдения показывают, что у лиц, перед смертью находившихся в состоянии сильного алкогольного опьянения, такой позы может и не быть.

Если смерть от переохлаждения возникает в условиях положительной температуры окружающей среды, то переживающие ткани успевают утилизировать кислород крови в посмертном периоде и трупные пятна оказываются фиолетового цвета. При смерти в условиях отрицательной температуры трупные пятна остаются розовыми. Одним из диагностических признаков смерти от охлаждения являются кровоизлияния в слизистую оболочку желудка, получившие название «пятна Вишневого». Пятна Вишневого не наблюдаются при исследовании трупов детей, умерших от охлаждения. При исследовании трупа не обнаруживают каких-либо специфических для охлаждения морфологических признаков.

При длительном пребывании трупа в условиях низкой температуры (ниже 0°С) наступает промерзание тканей. Оно бывает поверхностным и полным. Оледенение тканей мозга в ряде случаев приводит к увеличению объема мозга с последующим растрескиванием костей черепа и

расхождением швов. При растрескивании костей черепа могут возникать посмертные разрывы, кожа в области которых пропитывается гемолизированной кровью, что ошибочно может быть принято за прижизненную черепно-мозговую травму.

Оттаивание оледеневших трупов следует производить медленно при обычной комнатной температуре. При оттаивании трупа возникает гемолиз крови, причем его степень зависит от скорости оттаивания. Необходимо помнить, что смерть человека наступает от переохлаждения организма. Замерзанию может подвергаться труп независимо от причины смерти. В случаях смерти от переохлаждения в состоянии выраженного алкогольного опьянения при судебно-химическом исследовании в крови могут находить очень низкое содержание алкоголя (или его вообще не обнаруживают), в то время как в моче этиловый алкоголь регистрируется в значительных количествах. Это явление связано с утилизацией алкоголя организмом в процессе переохлаждения.

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

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

**Отморожение II степени** характеризуется образованием пузырей с кровянисто-серозным содержимым, гиперемией и отеком тканей вокруг. Пузыри появляются на 1-й или 2-й день. Заживление происходит через 10—20 дней без образования рубцов. Может длительно сохраняться повышенная чувствительность отмороженных участков к холоду.

**Отморожение III степени** характеризуется возникновением некрозов мягких тканей. Кожа мертвенно-бледная или синюшная, иногда образуются пузыри с геморрагическим содержимым. С развитием демаркационного воспаления отторгаются некротизированные ткани и происходит медленное заживление с образованием рубца. Заживление длится 1—2 мес и более в зависимости от глубины некроза.

**Отморожение IV степени** характеризуется развитием некроза костей и отторжение омертвевших частей тела (пальцы, кисти рук, стопы).

В судебно-медицинской практике описаны случаи отморожения при оставлении в беспомощном состоянии, в результате неосторожности, при алкогольном опьянении, длительном пребывании в холодном транспорте, при занятиях спортом — у лыжников и альпинистов. Возможны также умышленные самоповреждения путем отморожения. Отморожения в основном встречаются в областях с холодным, суровым климатом, но могут наблюдаться и в условиях умеренного климата с повышенной влажностью.

## **Повреждения от действия технического и атмосферного электричества**

*Электрический ток* в отличие от других травмирующих факторов, вызывающих повреждения человека при непосредственном соприкосновении, может действовать на человека и косвенно, через предметы, на расстоянии, через дуговой контакт и шаговое напряжение. В судебно-медицинской практике чаще приходится встречаться с поражениями электрическим током на производстве и в быту, значительно реже — с действием атмосферного электричества (молнии). Действие электрического тока на организм проявляется в электрическом, тепловом и механическом эффектах и часто приводит к развитию экстремальных состояний, сопровождающихся резким расстройством сердечной деятельности и дыхания, а также к возникновению шоковых реакций. Повреждения электрическим током составляют 1—2,5% от всех видов травм, но по количеству летальных исходов и инвалидности занимают одно из первых мест.

Действие электрического тока на производстве и в быту может вызывать тяжелые и даже смертельные поражения от соприкосновения с неисправными бытовыми приборами (настольные лампы, чайники, утюги и др.), включенными в сеть напряжением 127 или 200 В. В промышленности применяет трехфазный ток напряжением 380 В и частотой 50 Гц. При таком напряжении тока нередко возникает тяжелая электротравма. Различают постоянный и переменный ток. Напряжения постоянного и переменного тока, эквивалентные по своему действию на организм, соответственно равны 120 и 420. Постоянный ток менее опасен, чем переменный, только до напряжения 500 В. При напряжении в 500 В опасность обоих видов тока уравнивается, а при напряжениях более 500 В опаснее постоянный ток. В практике поражения постоянным током встречаются редко. Тяжесть поражения от электрического тока зависит в основном от его физических параметров, но нередко большое значение имеют обстоятельства, при которых действует ток, а также состояние организма. Наибольшая опасность поражения существует при воздействии переменного тока частотой 40—60 Гц. С повышением частоты электрических колебаний опасность поражения снижается, а при токах высокой частоты (более 10000 и до 1000000 Гц) и даже при высоком напряжении (1500 В) и большой силе (2—3 А) не наблюдается повреждающего воздействия на организм.

Важное значение в развитии поражения электричеством имеет величина тока; воздействие тока силой в 100 мА в преобладающем большинстве случаев является смертельным. Эффект биологического действия тока зависит от времени, в течение которого организм подвергается действию тока определенной интенсивности, что является важным фактором для возникновения фибрилляции желудочков сердца. Длительное прикосновение к электрическим проводникам при силе тока 0,25—80 мА (минимальный «неотпускающий» ток) может приводить к смерти, вызывая судороги дыхательных мышц и как следствие этого — острую асфиксию. Распространение электрического тока по организму возможно при наличии

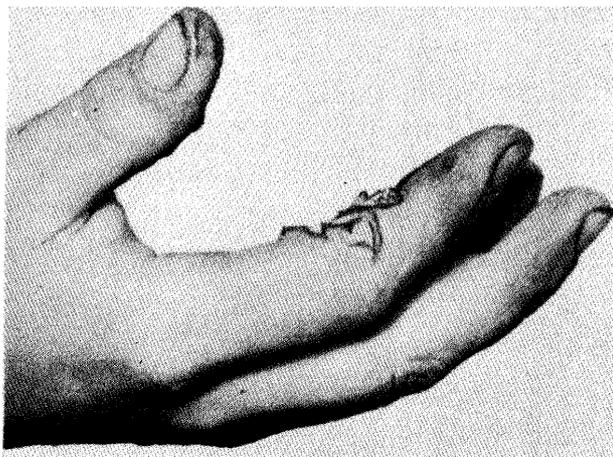
условий для входа и выхода тока. Это происходит, когда человек одновременно соприкасается с двумя электродами — двуполусное включение или соприкосновение с одним из электродов, а какая-либо часть его тела заземлена — однополусное включение.

Электротравма может произойти от так называемого шагового напряжения. Поражение в данном случае происходит, когда ноги человека касаются двух точек земли, имеющих различные электрические потенциалы. Шаговое напряжение возникает при падении на землю высоковольтного провода, при заземлении неисправного электрооборудования, при разрядке молнии на землю.

Состояние организма в момент воздействия тока имеет большое значение. Лица, страдающие заболеваниями сердечно-сосудистой системы, почек, эндокринных желез и малокровием, старики, дети, беременные женщины, а также субъекты, находящиеся в состоянии алкогольного опьянения, особенно подвержены воздействию электрического тока. Электрическая энергия оказывает воздействие не только в месте контакта, но и на весь организм, что может проявляться различными симптомами в зависимости от поражения той или иной системы органов. Механизм общего воздействия электричества рассматривается как шок, приводящий к расстройству дыхания и кровообращения.

Шок, развивающийся в результате действия электрического тока, относится к группе болевых. При распространении в организме электрического тока значительной интенсивности смерть наступает, как правило, мгновенно в результате первичного прекращения дыхания или сердечной деятельности. Иногда же наблюдается так называемая замедленная смерть, когда у пострадавшего некоторое время после поражения током отмечаются судороги, он кричит и пытается освободиться от проводника тока.

Изменения в месте контакта с проводником по ходу тока связаны с переходом части электричества в другие виды энергии, что обуславливает его тепловое, механическое и физико-химическое действие. Действие электрического тока при коротком замыкании приводит к образованию электрометки (рис. 28), а при вспышке электрической дуги возможно возникновение значительных ожогов, а также обугливание мягких тканей и костей.



**Рис. 28.** Электрметки на ладонной поверхности II пальца от контакта с токонесущим проводом.

При местном действии тока, помимо электрметок и ожогов, могут отмечаться отеки, некрозы, импрегнация металлами и повреждения. Тепловое действие электрического тока проявляется также гибелью подлежащих тканей, вплоть до обугливания.

Электрическая дуга, возникающая иногда между телом и проводником, приводит к воспламенению одежды и, следовательно, образованию на теле обширных ожогов. Остатки обгоревшей одежды должны быть особо тщательно исследованы для установления места соприкосновения с токонесущим проводником. Необходимо исследовать обувь, так как при однополюсном включении на ней могут быть следы тока. Электрметки имеют бледно-желтую, серо-белую или серо-желтую окраску. Они плотные на ощупь, имеют западающее дно и валикообразные приподнятые края, обычно без воспалительных экссудативных явлений в окружающих тканях. Электрметки могут иметь вид царапин, небольших ран, омозолелостей, кровоизлияний в кожу, мелкоточечной татуировки. Иногда электрметки напоминают входные огнестрельные отверстия.

В затруднительных случаях для изучения источников тока, проводников и получения других данных необходимо проводить техническую экспертизу, без которой иногда невозможно судить о причине смерти. Особое значение при поражении электрическим током приобретает констатация действительного наступления смерти, так как известны случаи мнимой смерти, при которой прежде всего необходимо проведение мероприятий по оказанию медицинской помощи, направленных на восстановление жизненных функций (искусственная вентиляция легких, массаж сердца и другие реанимационные мероприятия).

*Действие атмосферного электричества* представляет собой гигантский электрический разряд в атмосфере. Напряжение тока достигает миллиона вольт, сила тока—сотни тысяч ампер. Поражающими факторами молнии являются электрический ток, световая и звуковая энергия и ударная

волна. Продолжительность воздействия молнии может быть весьма незначительной, ограничиваясь долями секунды, однако исключительно большая величина энергии в момент ее действия обуславливает различные телесные повреждения и даже смертельный исход. Действие молнии в принципе не отличается от действия электрического тока высокого напряжения.

На коже при поражении молнией возникают повреждения, главным образом в виде ожогов, опаления волос, а также древовидноразветвленных фигур красного или розового цвета — так называемых фигур молнии. Появление «фигур молнии» объясняется резким расширением поверхностных сосудов кожи и небольших кровоизлияний по их ходу. У оставшихся в живых такие изменения могут отмечаться в течение нескольких дней, а на трупе они бледнеют и довольно быстро исчезают. Изредка встречаются поражения кожи в виде небольших отверстий с обожженными краями (их можно принять за входное огнестрельное отверстие), а иногда и грубые повреждения вплоть до обширных ожогов кожи, переломов костей, отрыва конечностей и разрывов внутренних органов. Нередки случаи полного отсутствия на теле человека видимых следов действия молнии.

При поражении молнией одежда может разрываться в различных направлениях или иметь мелкие отверстия. Края дефектов могут быть обожженными или оставаться совершенно неизменными. Характерны отверстия в подошвах обуви, а также обугливание кожи в окружности металлических гвоздей на подошве. Металлические предметы нередко расплавляются полностью или оплавляются, в результате чего возникает импрегнация кожи металлом, что имеет экспертное диагностическое значение.

При отсутствии признаков поражения молнией решить вопрос о причине смерти весьма затруднительно. Большое значение имеет участие эксперта в осмотре места обнаружения трупа, так как нередко на месте происшествия видны следы действия молнии, например в виде расщепления деревьев, пожара и др. Поражение молнией может быть непосредственным или произойти через какие-либо предметы, например через радио или телефон. Известны случаи поражения молнией при разговорах по телефону во время грозы, при работе с радиоприемниками. Поражение молнией не всегда заканчивается смертью. Оно может вызвать расстройство здоровья или не оставить никаких последствий.

### **Повреждения при изменениях атмосферного давления**

Значительные изменения давления атмосферного воздуха, окружающей среды (вода) и парциальных давлений газов сопряжены с особыми условиями человеческой деятельности — водолазные и кессонные работы, высокогорные подъемы, полеты в самолетах и космических кораблях, а также работы с использованием действия измененного барометрического

давления и состава газовой среды в барокамерах для лечебных и научных целей.

При некоторых обстоятельствах, требующих расследования (аварии, нарушения правил техники безопасности), у органов правосудия возникает необходимость в назначении судебно-медицинской экспертизы для установления характера повреждений или причины смерти, вызванной резкими изменениями барометрического давления.

*Действие повышенного барометрического давления.* В отличие от местной компрессии устойчивость организма к общему равномерному барометрическому давлению очень велика. Организм человека может переносить давление свыше 6 МПа без выраженных механических повреждений. Общей характерной особенностью воздействия повышенного атмосферного давления на организм является временный, обратимый характер наступающих изменений в деятельности ряда органов и систем организма.

С влиянием на организм повышенного барометрического давления человек встречается чаще всего при глубоких подводных погружениях. При погружении в воду прежде всего дополнительно к атмосферному действует гидростатическое давление, которое увеличивается по мере погружения. Установлено, что гидростатическое давление по сравнению с атмосферным на глубине 10 м удваивается, 20 м утраивается. Повышенное гидростатическое давление снижает чувствительность кожных рецепторов к травмирующим воздействиям. Ранения под водой нередко оказываются незамеченными и обнаруживаются пострадавшими только при всплытии на поверхность. Наибольшему смещению подвергаются ткани, ограничивающие полости, и органы, содержащие воздух (легкие, желудочно-кишечный тракт, среднее ухо). Вследствие значительной разницы между внешним и внутренним (в тканях и полостях организма) давлением возникает так называемая баротравма, характеризующаяся повреждением слухового аппарата и дыхательной системы. Резкие перепады давления возникают при быстром погружении в воду или всплытии, особенно при неисправности газовых дыхательных аппаратов. Наблюдениями отмечено, что причиной смерти при использовании аквалангов в 80 % случаев является баротравма легких и в 20 % случаев утопление.

Представляется целесообразным подчеркнуть, что при всплытии более опасным является прохождение малых глубин, так как именно на них может наблюдаться резкое относительное увеличение внутрилегочного давления. У ныряльщиков и спортсменов, использующих подводную маску и дыхательную трубку, баротравмы легких никогда не бывает, так как при нырянии объем воздуха в легких уменьшается, а при всплытии на поверхность снова достигает исходной величины. При всплытии, например, с аквалангом опасна задержка на глубине 10 м от поверхности. Это приводит к резкому повышению давления вследствие увеличения объема воздуха в легких, которое сопровождается различными по масштабам разрывами тканей дыхательных путей.

Наибольшую опасность для жизни пострадавшего представляет поступление воздуха в просвет разорвавшихся кровеносных сосудов малого круга кровообращения и возникновения артериальной газовой эмболии. Баротравму следует отличать от декомпрессионной болезни, в патогенезе которой образование газовых пузырьков в крови и других тканях происходит без повреждения легких и сосудов.

При осуществлении водолазных и кессонных работ, исследовании морских глубин, а также в медицине широко используется кислород под повышенным давлением. Острая интоксикация возникает при сравнительно кратковременной экспозиции кислорода под давлением 2,5—3 МПа и выше. Хроническая кислородная интоксикация возможна при длительном (свыше 2ч), нередко повторном воздействии малых (1—1,5 МПа) давлений кислорода. Таким образом, при дыхании кислородом под давлением 3 МПа и выше наиболее вероятно развитие нейротоксической формы интоксикации, а при давлении от 2 МПа и ниже — легочной. При давлении от 2 до 3 МПа может возникнуть и то, и другое поражение.

При резком переходе от повышенного давления к нормальному из-за создавшегося при этом перенасыщения организма инертными газами возникают декомпрессионные нарушения. Газы, растворенные в крови и жидкостях организма, выделяясь из них, образуют свободные газовые пузырьки—газовые эмболы. Закупорка сосудов пузырьками газов приводит к появлению различных болезненных симптомов, что получило название кессонной болезни (декомпрессионная болезнь).

При исследовании трупов лиц, погибших от кессонной болезни, обнаруживают признаки газовой эмболии, выявляемой посредством соответствующей пробы. Наличие газа может быть диагностировано рентгенографически. Экспертизу кессонной болезни всегда необходимо проводить комплексно и с участием технических специалистов для выяснения характера аварийной ситуации, нарушений мер профилактики, химического состава вдыхаемых газовых смесей, неисправности оборудования.

*Действие пониженного барометрического давления.* С влиянием пониженного барометрического давления человек встречается при работе в высокогорных районах, полетах на самолетах, других летательных и космических кораблях. Неблагоприятное влияние пониженного давления газовой среды заключается в уменьшении парциального давления кислорода (гипоксия), декомпрессионных расстройствах и «закипании» жидкостных сред организма.

При недостатке кислорода в случае возникновения высотной (горной) болезни в организме происходит нарушение функции дыхания и кровообращения, нервной, мышечной, выделительной и пищеварительной систем. Быстрота развития высотной болезни зависит от скорости подъема и состояния организма. В возникновении высотной болезни, кроме недостатка кислорода, играют роль такие факторы, как физическое утомление, охлаждение, ионизированный воздух, ультрафиолетовая радиация.

По мере снижения барометрического давления, например при подъеме на высоту 5000—7000 м над уровнем моря, появляются признаки некомпенсируемого кислородного голодания. При тяжелой гипоксии наблюдается эйфория, галлюцинации, судороги, помрачение, а иногда и полная потеря сознания. Одновременно обнаруживают расстройства дыхания и кровообращения: поверхностное дыхание, застойные явления в сосудах, снижение артериального давления, цианоз и отек конечностей. Расстройства функции дыхания и кровообращения еще более ухудшают состояние ЦНС, что влечет за собой быструю смерть.

При исследовании трупов лиц, погибших от острой гипоксии, обнаруживают лишь общие признаки асфиксической или быстро наступившей смерти. Обычно наблюдаются цианоз кожных покровов, обильные трупные пятна, кровоизлияния в кожу век и конъюнктивы, жидкая темная кровь, полнокровие внутренних органов. Помимо кислородного голодания, отмечаются декомпрессионные расстройства, первые признаки которых появляются начиная с высоты в 6000—8000 м. Декомпрессионные расстройства связаны прежде всего с механическим действием изменившегося барометрического давления на воздухосодержащие полости - среднее ухо, придаточные пазухи костей черепа, кишечник, легкие.

При быстрых снижениях атмосферного давления возникают боли в придаточных полостях носа и среднего уха, кровоизлияния в эти полости, разрывы барабанных перепонки. Расширение газов в кишечнике и внутрилегочного воздуха приводит к разрыву кишечника и легких. В случаях мгновенного падения барометрического давления (взрывная декомпрессия) декомпрессионные явления проявляются наиболее остро и отчетливо, возникают разрывы барабанных перепонки, кровоизлияния и полость среднего уха.

При исследовании трупов лиц, погибших в результате значительного понижения барометрического давления, помимо признаков гипоксии, выявляются декомпрессионные повреждения, аналогичные тем, которые возникают при перепадах давления от высокого к нормальному: газовая эмболия, кровяные сгустки, содержащие пузырьки воздуха, подкожная эмфизема, кровоизлияния. При исследовании трупов, обнаруженных в горах, следует иметь в виду наступление скоростной смерти у лиц, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, а также возможность поражения молнией, падения с высоты, возникновения солнечного или теплового удара.

Комбинированное действие повышенного и пониженного барометрического давления может наблюдаться при взрывах большой силы (емкостей с газом, танкеров). В этих случаях зона значительного повышения давления чередуется с зоной резкого разрежения воздуха, что обуславливает многообразие повреждений, преимущественно механического характера.

### **Повреждения от действия ионизирующего излучения**

Население земного шара постоянно находится под воздействием различных видов облучения. Это так называемый *фон* радиации, у которого две составляющие: естественный фон и порожденный технической деятельностью человека. Естественный фон обусловлен космическим излучением и природными радиоактивными веществами, содержащимися в почве, воздухе, во всей биосфере. Техногенный фон обусловлен все более возрастающим уровнем использования атомной энергии как в мирных целях, так и при изготовлении ядерного оружия. Неблагоприятные последствия облучения возникают в результате кратковременного высокоинтенсивного облучения и в результате относительно длительного облучения малыми дозами.

Научно-практические достижения в области физики, химии и смежных наук открыли перспективы использования энергии ионизирующего излучения в промышленности, сельском хозяйстве, биологии и медицине. Радиоизотопы и другие источники радиации применяют в лечебно-профилактических учреждениях для диагностики и лечения; почти все население проходит рентгенологическое обследование. Облучение чаще всего происходит альфа- и бета-частицами, гамма-лучами, рентгеновскими лучами и нейтронами. В космическом пространстве облучение может быть вызвано действием протонов и других частиц высоких энергий. Возможно смешанное облучение, когда одновременно воздействуют различные виды лучевой энергии. Например, при атомном взрыве или при авариях на ядерных реакторах может произойти гамма-нейтронное облучение.

**Острая лучевая болезнь** развивается в результате кратковременного (до четырех суток) облучения значительных областей тела ионизирующей радиацией либо поступления в организм радиоактивных веществ (радионуклидов), создающих общую разовую дозу, эквивалентную или превышающую 100—200 рентген (Р) внешнего гамма-излучения. При одноразовых облучениях в дозах, превышающих 400Р, возможно наступление смертельного исхода. Непосредственными причинами его являются глубокое нарушение кроветворения, геморрагические и инфекционные осложнения. Количество радиации, полученное всей поверхностью тела и вызывающее смерть в 50 % случаев, составляет для человека 400—500Р. При общем облучении в дозе более 1000 Р летальный исход неизбежен. В течении острой лучевой болезни выделяют также четыре степени тяжести соответственно поглощенным дозам излучения: легкая (доза около 100—200Р), средняя (200—400 Р), тяжелая (400—600 Р) и крайне тяжелая (более 600 Р). Первичная общая реакция возникает спустя некоторое время (минуты, часы) после облучения. На 3—4-е сутки симптомы первичной реакции обычно исчезают и заболевание переходит в фазу кажущегося клинического благополучия — латентную форму. Продолжительность ее зависит от дозы облучения и колеблется от 14 до 30 дней.

При типичной форме острой лучевой болезни смерть обычно наступает на 3-4-й неделе от момента облучения. При наружном осмотре трупов лиц, погибших от острой лучевой болезни, обращает на себя внимание резкое

общее истощение и наличие пролежней. Отмечаются множественные кровоизлияния в коже и слизистых оболочках, атрофия и слущивание эпидермиса, атрофия волосяных фолликулов и сальных желез. В полости рта выражено разрыхление десен, их слизистая оболочка некротизирована и пропитана кровью. Поверхность миндалин серо-грязного цвета, покрыта фибринозным налетом. Основными причинами смерти при острой лучевой болезни являются нарастающая гипоплазия кроветворных органов с развитием инфекционных осложнений или массивные кровоизлияния в жизненно важные органы. С увеличением количества поглощенной энергии заболевание будет развиваться более быстрыми темпами или может закончиться смертельным исходом в процессе облучения.

**Хроническая лучевая болезнь** возникает в результате длительного воздействия малых доз ионизирующих излучений и отличается постепенным развитием и длительным волнообразным течением, отражающим сочетание медленно нарастающих эффектов повреждения с признаками восстановительных процессов. Исходом хронической лучевой болезни, развивающейся при равномерном облучении организма, являются резкое подавление кроветворения. При исследовании трупов лиц, погибших от воздействия лучистой энергии, медицинский персонал обязан соблюдать специальные меры безопасности. Обязателен дозиметрический контроль, являющийся не только мерой предосторожности, но иногда и важным диагностическим приемом обнаружения инкорпорированных радиоактивных веществ.

Судебно-медицинская экспертиза *местного радиационного поражения* встречается более часто. Термин «местное повреждение» следует считать условным, так как при воздействии радиации даже на ограниченные участки тела или органа реагирует весь организм. Степень тяжести местной радиационной травмы определяется двумя основными факторами: дозой поглощенной энергии и физической характеристикой ионизирующего излучения. Наиболее тяжелые повреждения вызывают глубокопроникающие потоки нейтронов, гамма-лучи и рентгеновское излучение. При воздействии проникающих излучений повреждаются не только кожа и подкожный жировой слой, но и подлежащие ткани, кости и внутренние органы. Слабопроникающие излучения — так называемое мягкое рентгеновское излучение и бета-частицы, при облучении небольших участков не вызывают тяжелых последствий, а альфа-частицы не причиняют повреждений при однократном воздействии, задерживаясь роговым слоем кожи.



**Рис. 29.** Повреждение при местном действии лучистой энергии.

Расстройство микроциркуляции приводит к гипоксии, в результате в зоне облучения развиваются дистрофические и дегенеративные изменения с выраженными явлениями склероза и фиброза тканей. Впоследствии эти патологические изменения приводят к некрозу поврежденных тканей и образованию длительно не заживающих поздних лучевых язв (рис. 29).

В случаях общих или местных лучевых поражений перед судебно-медицинской экспертизой может быть поставлен ряд вопросов, разрешение которых имеет важное значение для органов дознания и следствия. Основными из них являются:

- имеется ли у свидетелеваемого расстройство здоровья; если имеется, то вызвано ли оно воздействием ионизирующего излучения;
- какова физическая характеристика излучения;
- какова доза энергии, поглощенной всем телом или отдельными его частями;
- когда произошло облучение;
- какова степень ущерба, причиненного здоровью;
- какие изменения в состоянии здоровья (в связи с облучением) можно ожидать в будущем.

Пострадавшие подвергаются подробному судебно-медицинскому освидетельствованию и находятся под наблюдением в процессе клинического обследования и лечения, как правило, в условиях стационара. Объектами судебно-медицинского освидетельствования чаще всего являются лица, утратившие трудоспособность в связи с воздействием ионизирующего излучения. Судебно-медицинская экспертиза местных лучевых повреждений производится иногда в случаях уголовных дел при определении профессиональной компетенции врачей-радиологов и правильности проведенного ими лечения.

### **Контрольные вопросы.**

1. 1. Что такое яд и что называется отравлением?
2. 2. Дайте характеристику судебно-медицинской классификации ядов.
3. 3. Каковы механизмы токсического действия ядов?
4. 4. Что такое показатель Видмарка? Какие пробы применяют для качественного определения алкоголя в крови?
5. 5. Каковы соотношения степеней опьянения и содержания алкоголя в крови?
6. 6. Какие вещества являются суррогатами этилового спирта?
7. 7. Какие яды относятся к едким?
8. 8. 3. В чем проявляется местное и общее действие кислот на организм человека?
9. 9. Каковы причины смерти от отравлений едкими кислотами и щелочами?
10. 10. Какие вопросы может поставить следствие перед судебно-химической и судебно-медицинской экспертизами при подозрении на отравление?
11. 11. В чем разница между летальной и токсической дозой яда?
12. 12. Каковы признаки повреждений и каковы причины смерти, вызванные действием высоких температур?
13. 13. Дайте характеристику патогенезу смерти вследствие переохлаждения.
14. 14. Охарактеризуйте патогенез смерти при поражении техническим электричеством.
15. 15. Дайте характеристику понятию «шаговое электричество».
16. 16. Что такое электрометка, петля тока и когда они возникают?
17. 17. Охарактеризуйте патогенез смерти при низком барометрическом давлении.
18. 18. Какие патоморфологические признаки характеризуют наступление смерти от действия высокого барометрического давления?
19. 19. Что является причиной возникновения острой лучевой болезни?
20. 20. Охарактеризуйте основные симптомы хронической лучевой болезни,
21. 21. Чем характеризуются местные лучевые поражения?

## ГЛАВА 7

### ПОВРЕЖДЕНИЯ И СМЕРТЬ ОТ КИСЛОРОДНОГО ГОЛОДАНИЯ

Кислородная недостаточность (гипоксия) возникает при ряде патологических процессов и может явиться непосредственной причиной смерти человека. При судебно-медицинской оценке состояния гипоксии необходимо учитывать физиологическую потребность организма в кислороде при дыхании. Акт дыхания — сложный физиологический процесс, обеспечивающий поддержание основных жизненных проявлений организма. Малейшее затруднение в поступлении кислорода вызывает обратимые или необратимые изменения в клеточных системах и во всем организме. Его клетки потребляют очень большое количество кислорода. В покое за 1 мин организм потребляет 6—8 л воздуха. При физической нагрузке количество нужного воздуха за 1 мин доходит до 50 л, а по некоторым данным, даже до 100—120 л. На кислородную недостаточность клетки различных органов реагируют неодинаково. Прекращение тканевого дыхания в центральной нервной системе, особенно в филогенетически более поздних ее отделах, приводит к необратимым изменениям уже через 5—7 мин; клетки мышечной ткани могут существовать без кислорода несколько часов, а соединительная ткань — в течение нескольких суток.

Кислородная недостаточность может развиваться в самых различных обстоятельствах:

- при механическом нарушении акта дыхания;
- при потере способности крови переносить кислород от легких к тканям;
- при изменениях в легких в связи с патологическими процессами;
- при внутриклеточных изменениях, когда клетки не в состоянии потреблять кислород.

При решении вопроса о причине смерти нужно конкретно представлять значение гипоксии в генезе ее наступления. Кислородная недостаточность может возникать как при насильственной, так и при ненасильственной смерти. При этом в одних случаях гипоксия является ведущей причиной в генезе наступления смерти, в других — сопутствующей. Так, например, явления гипоксии могут наблюдаться при смерти от крупозной пневмонии, бронхопневмонии, сердечно-сосудистой недостаточности, а также при отравлениях некоторыми ядами.

Смерть может наступить по типу гипоксии, а ее ведущие проявления будут типичными для острой кислородной недостаточности. Подобное наблюдается в случаях насильственной смерти от действия электричества, особенно технического, когда на первый план также выступают выраженные признаки острой гипоксии. Общим для такой группы процессов является то,

что в генезе смерти лежит первопричина, которая привела к выраженному гипоксическому состоянию.

Острая гипоксия как непосредственная причина смерти является следствием механического препятствия для поступления воздуха в легкие; при ненасильственной смерти—в случае крупа, при наличии крови, гноя в дыхательных путях, а при насильственной смерти — следствием различных видов механической асфиксии.

Термин «асфиксия» переведется как «отсутствие пульса». В основе механической асфиксии лежат механические препятствия для поступления воздуха в легкие. В генезе такой асфиксии играют роль два основных момента: острая кислородная недостаточность и одновременное накопление углекислоты. В зависимости от конкретного вида асфиксии: повешение, утопление, сдавление груди и живота, присоединяются и некоторые другие факторы, способствующие наступлению смерти, например, сдавление сосудисто-нервного пучка шеи, которые в значительной степени оказывают влияние на патогенез и танатогенез каждого вида механической асфиксии. Классификация кислородной недостаточности представлена в таблице 2.

**Таблица 2**

**Классификация кислородной недостаточности**

<i>Гипоксия</i>	<i>Гипоксия ненасильственной смерти</i>	<i>Гипоксия при насильственной смерти</i>
1. 1. острая (расстройство здоровья, смерть) 2. 2. хроническая (при патологических процессах)	1. смерть с явлениями гипоксии (крупозная пневмония, бронхопневмония, сердечно-сосудистая недостаточность) 2. 2. смерть по типу гипоксии (бронхиолит) 3. 3. смерть от асфиксии (круп, кровь, гной в дыхательных путях)	1. смерть с явлениями гипоксии (отравления СО, цианистыми соединениями) 2. смерть по типу гипоксии (электротравма) 3. смерть от асфиксии (механическая асфиксия)

Несмотря на многообразие отдельных видов механической асфиксии и механизма их возникновения, все они укладываются в три группы.

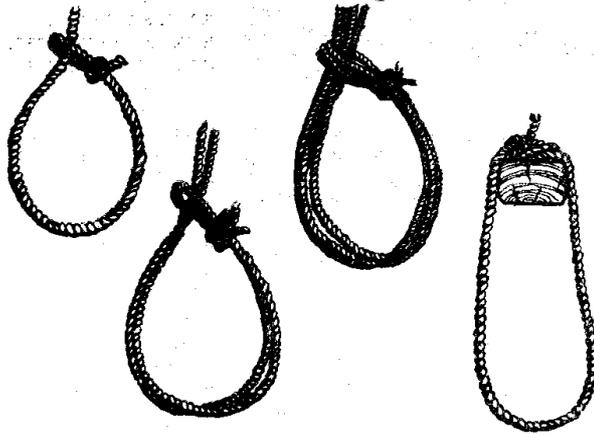
*Странгуляционная асфиксия от сдавления органов шеи:* повешение, сдавление петлей и сдавление руками.

*Обтурационная асфиксия* — от закрытия. К этой группе относятся: закрытие дыхательных отверстий, закупорка дыхательных путей мягкими, твердыми, сыпучими телами и жидкостями.

*Компрессионная асфиксия* — от сдавления груди и живота твердыми телами и сыпучими веществами.

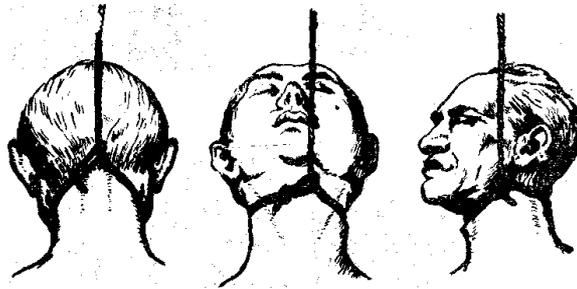
## *Повешение*

*Повешение* — наиболее часто встречающийся вид механической асфиксии. При повешении происходит сдавление органов шеи различными петлями под действием тяжести тела человека (рис. 30).



**Рис. 30.** Виды петель.

Типичное расположение петли на шее такое, когда петля располагается спереди, в области щитовидного хряща или над ним, поднимается по боковым поверхностям шеи к сосцевидным отросткам и заканчивается в области затылочного бугра. Петля имеет восходящее направление спереди назад, она оказывается незамкнутой в области затылочного бугра, так как не имеет плотного соприкосновения с кожей шеи вследствие оттянутого вверх узла. Атипичное расположение петель характеризуется также косовосходящим направлением их с расположением узлов спереди или с боков (рис. 31).



**Рис. 31.** Типичное и атипичное расположение петли при повешении.

Повешение характеризуется свободновисящим положением тела, когда ноги не имеют под собой опоры. В ряде же случаев повешение происходит в положении сидя, полулежа и даже лежа, так как вес головы оказывается достаточным для затягивания петли и сдавления органов шеи. При повешении в положении полулежа, а тем более лежа расположение

петель имеет горизонтальное или даже косонисходящее направление (рис. 32).

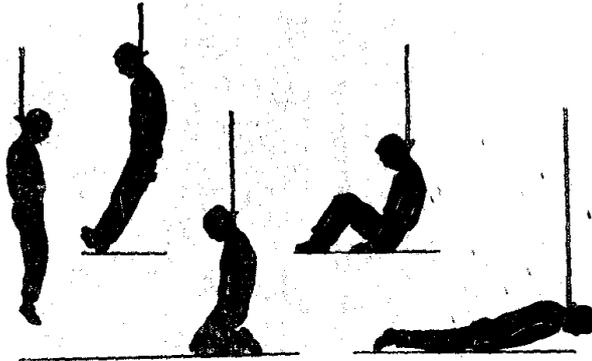


Рис. 32. Различные положения тела при повешении.

Петли, которыми происходит сдавливание шеи, бывают различными по своему виду и характеру: закрытые скользящие, когда петля затягивается через узел под тяжестью тела; закрытые неподвижные, когда узел завязан так, что он не позволяет скользить свободным концам материала, используемого в качестве петли; открытые петли, когда узел вообще отсутствует. Петли могут быть одинарные, двойные и множественные. Материал, используемый в качестве петли, бывает мягким (галстук, полотенце, шарфы, жгуты из мягкой ткани), полужестким (ремни, веревки) и жестким (провода, цепь).

Внимание эксперта должно быть обращено на изучение вязки узлов петель, поскольку существуют узлы специального назначения, например морские, ткацкие. Способ завязывания в ряде случаев может указывать на профессию лица, что при подозрении на убийство окажет существенную помощь при расследовании условий наступившей смерти. В связи с этим при осмотре места происшествия категорически запрещается нарушать первоначальный вид узла, а тем более его развязывать. Петлю необходимо разрезать с противоположной от узла стороны, затем, для восстановления общего вида петли, сшить ее нитками и направить на дальнейшее криминалистическое исследование. При исследовании трупов, когда причиной смерти явилось повешение, важнейшее значение имеет изучение особенностей странгуляционной борозды.

*Странгуляционная борозда*—след от петли, которая сдавливает кожу шеи. Выраженность борозды зависит от материала, из которого была изготовлена петля, и степени повреждения эпидермиса. Странгуляционная борозда от мягкой петли обычно выражена слабо, с нечеткими контурами, мало отличается от обычного цвета кожных покровов, имеет несколько желтовато-серый оттенок. Борозда от полужесткой петли более глубокая, границы ее хорошо очерчены. Жесткая петля всегда формирует глубокую борозду. При воздействии таких петель происходит значительное повреждение целостности эпидермиса и в процессе посмертного высыхания

борозда становится плотной, желтоватого или красновато-бурого цвета. Структурные особенности материала петли в виде отпечатков на борозде имеют определенное значение при идентификации петель. В зависимости от количества витков петли странгуляционная борозда может быть одиночной, двойной и множественной; при этом она имеет наибольшую глубину на участке шеи, противоположном узлу. В хорошо выраженной странгуляционной борозде различают дно и краевые валики; при двойных и множественных петлях образуются дополнительные валики. При исследовании странгуляционной борозды необходимо выявлять и тщательно описывать все ее особенности: расположение, направление, замкнутость, ширину, глубину, плотность, цвет, рельеф и другие ее индивидуальные особенности и свойства. Всегда должен разрешаться вопрос о прижизненном или посмертном происхождении странгуляционной борозды. Встречаются случаи, когда преступник посмертно накладывает петлю на шею своей жертвы, инсценируя самоповешение. В связи с этим при осмотре места происшествия категорически запрещается нарушать первоначальный вид узла, а тем более его развязывать. Петлю необходимо разрезать с противоположной от узла стороны, а затем для восстановления общего вида петли, сшить ее нитками и направить на дальнейшее криминалистическое исследование (рис. 33).

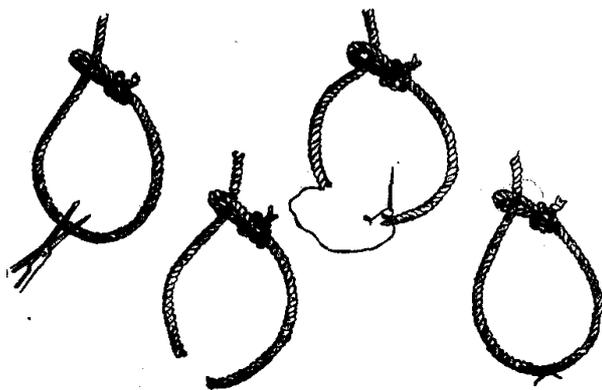


Рис. 33. Методика снятия петли.

Для дифференциации прижизненного или посмертного происхождения странгуляционной борозды предложены также микроскопические, биохимические и спектрографические методы исследования. В механизме наступления смерти при повешении имеет значение не только возникновение препятствия для нормального прохождения воздуха в легкие, но и сдавление сосудисто-нервного пучка области шеи (сонные артерии, яремные вены, блуждающий и верхнегортанный нервы).

Для смерти от повешения характерны следующие признаки: косовосходящая странгуляционная борозда, резкий цианоз кожи лица, выступающий изо рта язык, зажатый между зубами; при осмотре языка на верхней и

нижней его поверхностях хорошо заметны вдавления от зубов; при разрезах языка иногда можно обнаружить участки кровоизлияний, следы непроизвольного выделения кала, мочи и спермы. Типично расположение трупных пятен на предплечьях, нижних отделах туловища, голених и стопах.

На коже тела трупа могут быть обнаружены различные повреждения, возникшие от ударов тела о тупые твердые предметы в период судорожных движений в стадии экспираторной одышки. Эти виды травматизации необходимо дифференцировать от повреждений, которые могли быть получены незадолго до смерти в результате борьбы и самообороны или от случайных причин, не связанных с повешением. При внутреннем исследовании трупа могут быть обнаружены переломы рожков щитовидного хряща.

Смерть при повешении может наступить в любой стадии развития механической асфиксии. Если же в генезе смерти превалировало сдавление сосудисто-нервного пучка, как это бывает у лиц, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, то смерть наступает от остановки сердца вследствие раздражения блуждающего и верхнегортанного нервов. В этих случаях признаки, характеризующие смерть от механической асфиксии, могут быть слабо и неполностью выражены. Повешение не всегда заканчивается смертью, например при обрыве петли тотчас после ее наложения, при своевременно произведенной реанимации. В этих случаях могут наблюдаться судороги, резкое возбуждение и амнезия, повреждение языка. Странгуляционная борозда с выраженным повреждением эпидермиса сохраняется и бывает хорошо видна - 1- 2 нед.

### ***Удавление петлей***

При удавлении петлей ее затягивание производится рукой или при помощи какого-либо механизма. Материал для петли, как и при повешении, используется различный: мягкий, полужесткий и жесткий, от чего и зависит характер странгуляционной борозды.

Для удавления петлей в отличие от повешения наиболее характерна равномерно глубокая, горизонтально расположенная странгуляционная борозда (рис. 34). Она может иметь и прерывистый характер, если петля была открытого типа или под ней оказались какие-либо предметы, например части одежды.



**Рис. 34.** Удушение петлей.

Странгуляционная борозда при удушении петлей чаще располагается в средней части шеи, на уровне щитовидного хряща или ниже его. Отмечаются резко выраженный цианоз кожи лица, разлитые синюшно-багровые трупные пятна, непроизвольное выделение кала, мочи и спермы. При внутреннем исследовании могут быть обнаружены переломы подъязычной кости, щитовидного хряща и кровоизлияния в мягкие ткани соответственно переломам.

Удушение петлей является следствием сдавления шеи петлей посторонней рукой. На лице, в области шеи и других частях тела возможны различные повреждения, которые возникают в процессе борьбы и самообороны. Повреждений может не быть, если петля накинута внезапно или человек находился без сознания, либо в состоянии сильного алкогольного опьянения. Удушение петлей может быть результатом несчастного случая, когда, например, в движущиеся части машин попадают концы шарфов, косынок, галстуков. Редко встречаются и случаи самоубийства при накладывании петли и ее затягивании с помощью закрутки.

Если пострадавший не умирает, у него наблюдаются те же постасфиктические явления, что и в случаях повешения, закончившихся оживлением. Если будет установлено, что насильственные действия при удушении петлей были произведены посторонней рукой, определяется степень тяжести телесных повреждений. Повреждения, сопровождающиеся наличием постасфиктических явлений, обычно квалифицируются как тяжкие телесные повреждения, опасные для жизни в момент нанесения.

### ***Удушение руками***

Сдавливание шеи может быть произведено одной рукой, как правило, спереди, или двумя руками, чаще сзади. Основным, решающим фактором в генезе наступления смерти при удушении руками является сдавление сонных артерий, верхнегортанного и блуждающего нервов. При

сдавлении органов шеи руками развиваются общеасфиктические признаки, наблюдаемые при наружном и внутреннем исследовании трупа.

Специфическими признаками, указывающими на сдавление руками, являются множественные повреждения в виде полулунных и продольных ссадин и кровоподтеков на коже передне-боковых поверхностей шеи. При сдавлении шеи правой рукой основные повреждения, иногда в виде отпечатков от 4 пальцев, располагаются на левой боковой поверхности. Если сдавление производилось левой рукой, то основные повреждения будут располагаться на правой половине шеи. При сдавлении шеи двумя руками повреждения могут локализоваться на всех поверхностях шеи. При сдавлении руками новорожденного ссадины могут располагаться на задней поверхности шеи. При наличии повреждений на шее новорожденного их необходимо дифференцировать от повреждений, нанесенных роженицами при самопомощи во время родов.

Сдавление органов шеи, если за этим последовала смерть, обусловлено действием посторонней руки, что сопровождается борьбой, поэтому на теле пострадавшего могут быть обнаружены различные повреждения. Более типичны повреждения в затылочной области, возникающие во время прижатия затылка к твердым предметам. Отмечаются повреждения в виде кровоподтеков и даже переломов ребер при сдавлении грудной клетки коленом нападающего во время прижатия тела пострадавшего к земле, полу.

### ***Компрессионная асфиксия***

Компрессионная асфиксия развивается при сдавлении груди и живота вследствие невозможности производить нормальные дыхательные движения. Сдавление груди и живота может возникнуть в карьерах, где производится добыча песка, гравия, а также при оползнях грунта, при сдавлении тела между твердыми предметами во время транспортных происшествий, при сдавливании тел в толпе. Как казуистическая редкость встречаются случаи сдавления груди новорожденного с целью убийства.

При одновременном сдавлении груди и живота смерть наступает относительно быстро. Более медленно развивается асфиксия при одновременном сдавлении груди и живота; еще медленнее протекает процесс асфиксии при боковом сдавлении тела.

Механизм наступления смерти при сдавлении груди и живота имеет некоторые особенности. При компрессии живота резко уменьшается подвижность диафрагмы; она оказывается поджатой к легким и сердцу, что в значительной степени препятствует участию диафрагмы в дыхательных движениях. Такое положение диафрагмы не только вызывает затруднение дыхания, но и нарушает нормальный ритм сердца, что сопровождается расстройством гемодинамики в сердечных сосудах и ведет к быстрому ослаблению сердечной деятельности. Одновременное сдавление груди и живота приводит к развитию ряда патологических явлений, способствующих

нарастанию асфиксии, которая и оказывается в конечном итоге непосредственной причиной смерти.

При наружном осмотре трупа могут быть обнаружены песок, гравий и др., а при сдавлении тяжелыми предметами на коже трупа бывают выражены отпечатки одежды и предметов, вызвавших сдавление. Обращает на себя внимание выраженный цианоз кожи лица, шеи и верхней половины грудной клетки с множественными синюшно-багровыми точечными кровоизлияниями — «эксхимотическая маска». На коже трупа можно видеть множественные или единичные осаднения, которые возникают при сдавлении тела.

В зависимости от обстоятельств происшествия при этом виде механической асфиксии телу человека могут быть причинены и значительные повреждения, сопровождающиеся переломами костного скелета, разрывом и размозжением внутренних органов с обширной кровопотерей. Эти повреждения сами по себе могут привести к смерти.

### ***Обтурационная асфиксия***

Обтурационная асфиксия возникает в результате закрытия дыхательных отверстий рта и носа, полости рта, просвета дыхательных путей инородными предметами и жидкостями. Закрытие воздухоносных путей приводит к быстрому развитию острой асфиксии.

***Закрывание дыхательных отверстий.*** При закрытии отверстий рта и носа механизм наступления смерти типичен для острой асфиксии. При этом могут наблюдаться множественные повреждения вокруг рта и носа в виде полулунных и другой формы ссадин от ногтей пальцев рук, а также округлой формы кровоподтеки. На слизистой губ возможны повреждения в виде ранок и кровоизлияний в результате прижатия губ к зубам.

Множественные осаднения неправильной округлой формы вокруг рта и носа могут образоваться не только от давления пальцами рук, но и при закрытии дыхательных отверстий мягкими предметами. Эти осаднения становятся более отчетливо выраженными спустя некоторое время, чему способствует трупное высыхание. У взрослых при наружном осмотре трупа могут обнаруживаться различного характера повреждения на теле, являющиеся следствием борьбы и самообороны. У новорожденного и у лиц, находившихся в бессознательном состоянии или не имевших возможности сопротивляться, подобные повреждения могут отсутствовать.

Это наблюдается при определенных обстоятельствах, когда, например, человек в состоянии выраженного алкогольного опьянения принимает положение, при котором рот и нос оказываются закрытыми подушкой, частями одежды; у новорожденных младенцев — когда отверстия рта и носа оказываются закрытыми молочной железой матери, ее бельем или постельными принадлежностями. Этот вид смерти получил в быту название

«присыпание». Описаны случаи смерти от закрытия дыхательных отверстий после приступа эпилепсии, когда рот и нос были закрыты мягким предметом. Иногда в полостях носа, рта, глотки и входа в гортань можно обнаружить частички материала, которым было произведено закрытие отверстий рта и носа, что имеет характер вещественных доказательств.

**Закрытие дыхательных путей инородными предметами.** Закрытие дыхательных путей—относительно частый вид механической асфиксии, что происходит при локализации мягких предметов (ткань, бумага, вата) в ротовой полости с ее заполнением, в носоглотке с закрытием просвета входа в гортань — так называемый кляп (рис.35). В просвет дыхательных путей попадают различные твердые предметы — куски пищи, зубные протезы, пуговицы, горошины, части детских игрушек.

Они, как правило, закупоривают просвет голосовой щели, что и служит препятствием для свободного прохождения воздуха. При аспирации рвотных масс они закрывают просвет дыхательных путей, включая и мелкие бронхи. Такой вид механической асфиксии возникает при ряде заболеваний, сопровождающихся нарушением глоточного рефлекса, при сильном алкогольном опьянении, а также может встретиться и в клинических условиях, когда рвотные массы попадают в просвет дыхательных путей при неправильной даче наркоза и одновременном западении языка. Закрытие дыхательных путей может возникнуть вследствие попадания в них большого количества сыпучих тел (песок, масса зерен).

Механизм развития асфиксии при закрытии дыхательных путей различными предметами и жидкостями принципиально одинаков, но в зависимости от воздействия инородных предметов на отдельные участки дыхательных путей и глубину их проникновения присоединяются факторы, которые непосредственно оказывают влияние на генез наступления смерти.



**Рис. 35.** Обтурация полости рта (кляп)

Крупные инородные предметы обычно не проникают дальше голосовой щели гортани, но вызывают резкое раздражение ветвей верхнегортанного нерва и, как следствие — рефлекторный спазм голосовой щели, что и приводит к смертельному исходу.

Особенно важную роль в генезе смерти играет рефлекторное воздействие при попадании в дыхательные пути инородных тел у детей. В

дыхательные пути могут аспирироваться мелкие предметы (пуговицы, шарики, горошины), закупоривающие бронхи соответствующего диаметра. Иногда инородные предметы, располагаясь свободно в трахее и крупных бронхах, в стадии одышки могут перемещаться.

Асфиксия может развиваться при попадании рвотных масс в просвет дыхательных путей. При большом количестве рвотных масс прекращается доступ воздуха в легкие, причем мелкие и мельчайшие бронхи оказываются закупоренными кусочками пищи. При относительно небольшом количестве рвотных масс, попавших в дыхательные пути, одним из ведущих моментов в генезе наступления смерти является рефлекторный спазм голосовой щели вследствие раздражения окончаний нервов трахеи и бронхов.

Нужно иметь в виду, что оказание медицинской помощи с применением искусственного дыхания, сопровождающегося давлением на область груди и живота (особенно при переполненном пищей желудке) может вызвать перемещение пищевого содержимого из желудка в пищевод, а затем и затекание его в верхние дыхательные пути.

Сыпучие тела при исследовании трупа обнаруживаются на одежде, лице, ими заполнены носовые ходы и полость рта. Вследствие произвольных глотательных движений песок, зерна часто можно видеть в пищеводе и желудке. В дыхательных путях имеется большое количество сыпучих тел, которые при активной аспирации закупоривают мелкие и мельчайшие бронхи, а отдельные мелкие частицы (песок и др.) обнаруживаются даже в альвеолах, что подтверждается микроскопическими исследованиями легочной ткани.

### ***Утопление***

*Утопление* — один из видов механической асфиксии, когда препятствием для поступления воздуха в легкие является закрытие дыхательных путей жидкостью, что в большинстве случаев происходит в воде. Утопление наступает не только при полном погружении тела человека в воду, но может произойти и при погружении в воду одной головы и даже только дыхательных отверстий в мелкие ручьи, лужи, сосуды с водой.

Утоплению могут способствовать болезненное состояние организма, переутомление, состояние опьянения или оглушения при получении ударов и др. Утопление может наступить у физически здоровых людей, даже у спортсменов-пловцов при внезапном погружении в холодную воду.

Механизм наступления смерти от утопления в отличие от других видов механической асфиксии имеет некоторую специфику. При погружении тела в воду происходит рефлекторная задержка дыхания. В стадии инспираторной одышки вода начинает активно поступать в дыхательные пути, раздражает слизистую оболочку трахеи и крупных бронхов, вызывая кашлевые движения. Выделяющаяся при этом слизь перемешивается с водой и

воздухом, образуя пенную массу серовато-белого цвета, постепенно заполняющую просвет дыхательных путей.

В стадии инспираторной и экспираторной одышки человек обычно пытается всплыть на поверхность водоема. В стадии относительного покоя, когда дыхательные движения временно приостанавливаются, тело человека погружается в глубину. В стадии терминальных дыхательных движений вода под давлением поступает в глубь дыхательных путей, заполняет мелкие и мельчайшие бронхи и вместе с оставшимся воздухом попадает в альвеолы.

Вследствие высокого внутрилегочного давления развивается альвеолярная эмфизема. Вода поступает в ткань межальвеолярных перегородок, разрывая при этом стенки альвеол. Через капилляры вода поступает в кровеносные сосуды. Кровь, разведенная водой, проникает в левую половину сердца, а затем в большой круг кровообращения. Вслед за терминальной стадией наступает окончательная остановка дыхания (рис. 36).



Рис.36. Фазы при утоплении (условная схема).

Весь период утопления продолжается 5—6 минут. При утоплении вода, как правило, заглатывается, попадает в желудок и начальную часть тонкого кишечника. Механизм наступления смерти от утопления в других жидкостях по существу не отличается от утопления в воде. Диагностика смерти от утопления нередко бывает затруднительна и только комплекс признаков, с использованием лабораторных методов исследования, позволяет правильно установить причину смерти.

При наружном осмотре трупа имеют значение следующие признаки, указывающие на утопление: кожные покровы в результате спазма капилляров кожи бледнее обычного; часто наблюдается так называемая гусиная кожа, которая является следствием сокращения мышц, поднимающих волосы; вокруг отверстий рта и носа, как правило, определяется серовато-белая, стойкая, мелкопузырчатая пена. Вокруг дыхательных

отверстий пена сохраняется до 2 сут после извлечения трупа из воды, затем она высыхает и на коже бывает видна сетчатого характера пленка грязно-серого цвета.

Важное значение для диагностики утопления имеют лабораторные исследования, в особенности метод обнаружения планктона. Планктон — мельчайшие организмы растительного и животного происхождения, населяющие озера, реки, моря. Для каждого водоема характерны определенные виды планктонов, которые имеют специфические отличия. Для диагностики утопления наибольшую роль играют планктоны растительного происхождения — фитопланктоны, в особенности диатомеи.

Диатомовые водоросли имеют панцирь, состоящий из неорганических соединений — кремния. Такой панцирь выдерживает действие высоких температур, крепких кислот и щелочей. Диатомовые фитопланктоны имеют различную форму и встречаются в виде палочек, звездочек, лодочек. Планктоны размером до 200 мкм вместе с водой при утоплении проникают в русло большого круга кровообращения и с током крови разносятся по всему организму, задерживаясь в паренхиматозных органах и костном мозге длинных трубчатых костей. Обнаружение диатомовых планктонов во внутренних органах и костном мозге является объективным методом доказательства смерти от утопления даже при резком гниении трупа.

При исследовании трупа, если подозревается утопление, категорически запрещается пользование водопроводной водой, так как имеющийся в ней планктон может быть внесен в ткань органов, направляемых на специальные исследования. Вместе с водой из легких в кровь могут попадать и взвешенные в воде песчинки, зерна крахмала, так называемые псевдопланктоны. Установление факта наступления смерти от утопления бывает затруднительным в случаях, когда труп находится в состоянии резко выраженного гниения. Необходимо иметь в виду, что встречаются необычные случаи, когда, например, у трупа, извлеченного из воды, могут быть связаны конечности, в карманах одежды обнаруживаются тяжелые предметы, камни и др. Это не всегда является признаком насилия. Такие действия осуществляют и самоубийцы с целью быстрого наступления утопления.

Изменения, связанные с пребыванием трупа в воде, сопутствуют признакам утопления. Тело человека может оказаться в воде, когда причина смерти не связана с утоплением, например, если труп помещен в воду с целью сокрытия преступления. К признакам пребывания трупа в воде, независимо от причин смерти, относятся явления мацерации в виде набухания и постепенной отслойки эпидермиса кожи на ладонных поверхностях рук и подошвах ног.

Через 2—6 ч эпидермис набухает, приобретает серовато-белый цвет. К 3—4-му дню пребывания трупа в воде набухание эпидермиса хорошо выражено на всей коже трупа; особенно резко изменяется кожа ладонных поверхностей — «рука прачки». К 8—15-му дню эпидермис постепенно начинает отделяться от собственно кожи, к концу месяца кожа на кистях

отторгается вместе с ногтями в виде так называемых перчаток смерти. На сроки развития мацерации влияет температура воды: в более холодной она наступает медленнее, в теплой—быстрее. Процесс мацерации ускоряется в проточной воде. Одежда на трупе, перчатки на руках и обувь задерживают развитие мацерации.

Вследствие разрыхления кожи приблизительно через 2 нед начинается выпадение волос и к концу месяца, особенно в теплой воде, может наступить полное «облысение». При этом в отличие от обычного, так сказать прижизненного, облысения на коже головы трупа хорошо определяются лунки от выпавших волос. Возможность выпадения волос при длительном пребывании трупа в воде необходимо учитывать, когда возникает необходимость в идентификации трупа. Обнаружение фитопланктона только в легких свидетельствует о пребывании трупа в воде, так как она проникает в дыхательные пути и при попадании трупа в воду, когда смерть наступила от других причин, не связанных с утоплением.

Труп, находящийся в воде, постепенно начинает подвергаться гнилоственному разложению с образованием большого количества газов. Подъемная сила гнилостных газов настолько велика, что привязанный к трупу груз весом 30 кг при общем весе тела 60—70 кг не является препятствием для его всплытия. Летом, в относительно теплой воде, процессы гниения развиваются быстро. Холодная вода препятствует гниению, труп может находиться на дне водоема неделями и даже месяцами.

Следует иметь в виду, что в воду может быть помещен труп человека после нанесения ему смертельных механических повреждений. На трупе обычно хорошо видны повреждения от действия тупых и острых предметов, огнестрельные раны, признаки отравления некоторыми ядами. Основным вопросом при обнаружении на трупе механических повреждений является установление прижизненного или посмертного их происхождения.

Повреждения в воде прижизненного происхождения в виде ссадин, ушибленных ран, повреждений костей свода и основания черепа могут возникать при прыжках в воду от ударов о камни, сваи и другие предметы. Повреждения в виде компрессионных переломов шейных позвонков обычно возникают при прыжках в воду вниз головой в неглубокие водоемы. Поэтому во всех случаях утопления необходимо производить контрольные разрезы задней поверхности шеи для исследования мягких тканей и позвонков.

Тело человека в воде еще при жизни может подвергаться действию гребных винтов и подводных крыльев речных и морских судов, механизмов земснарядов. Посмертные повреждения могут также причиняться баграми, шестами и другими предметами, применяемыми для извлечения трупа из воды. В результате слишком энергично проведенного искусственного дыхания при исследовании трупа могут быть обнаружены повреждения в области груди, живота и конечностей.

Трупам, находящимся в воде, могут причинять различные повреждения животные, населяющие водоемы: раки, водяные крысы, морские скаты,

крабы в др. Типичные повреждения причиняют пиявки, образуя множественные Т-образные поверхностные ранки на коже трупа.

Во время купания иногда наступает смерть и от других причин. При исследовании трупа могут быть обнаружены кровоизлияние в мозг, разрыв аневризмы, тампонада сердца, тромбоз и эмболия венечных сосудов; признаки же смерти от асфиксии при утоплении отсутствуют.

Неоднократно описывались случаи смерти в воде совершенно здоровых людей в результате внезапно возникшего спазма голосовой щели, особенно при перегревании на солнце и быстром погружении перегретого тела в холодную воду. При утоплениях в других жидкостях, например в нефти, обычно легко определяется характер жидкости, и экспертная диагностика причины смерти не представляет больших затруднений.

### **Контрольные вопросы.**

1. 1. Дайте определение понятия «асфиксия»? Каковы виды насильственной асфиксии?

2. 2. Что означает термин «повешение»? Назовите отличия полного повешения от неполного.

3. 3. Что такое странгуляционная борозда? Каковы ее признаки и разновидности?

4. 4. Назовите виды петли и приведите методику ее снятия с шеи.

5. 5. Что такое удушение? Каковы характерные признаки этого вида асфиксии?

6. 6. Что такое компрессионная асфиксия? В чем ее отличие от обтурационной асфиксии?

7. 7. Чем отличается утопление от смерти в воде?

8. 8. Как установить давность пребывания трупа в воде?

9. 9. Назовите признаки утопления и сроки их появления.

## ГЛАВА 8

### СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ВЕЩЕСТВЕННЫХ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ

*Вещественными доказательствами* называют различные материальные следы преступления, которые либо могут позволить восстановить обстоятельства преступления, либо служат средствами обнаружения преступника и выяснения способа совершения преступления. К источникам доказательств относятся показания свидетелей, заключения экспертов, вещественные доказательства, протоколы осмотров и другие документы.

Различные предметы становятся вещественными доказательствами, если они будут по определенным правилам процессуально оформлены. Элементами такого оформления являются: документы, содержащие данные о происхождении материального объекта, протокол осмотра этого объекта, постановление о приобщении данного объекта к делу.

Экспертиза вещественных доказательств позволяет разрешить многие вопросы, имеющие следственное и судебное значение.

К вещественным доказательствам относятся оружие и предметы, которым совершено преступление, похищенные вещи, различного рода документы, следы, похожие на кровь, следы выделения человеческого организма (слюна, сперма, моча, пот и др.), волосы на предметах преступления, руках и одежде потерпевшего или подозреваемого. Вещественные доказательства весьма разнообразны, и к их исследованию могут быть привлечены не только судебно-медицинские эксперты, но и криминалисты, эксперты-бухгалтеры, специалисты в области автомобильной техники.

Вещественные доказательства, которые подлежат исследованию судебными медиками, можно подразделить на два вида. Одни из них— это вещественные доказательства, которые способствуют установлению причины смерти, вида насилия, а также выяснению механизма травмы. Например, пуля, извлеченная из тела погибшего, является вещественным доказательством и может способствовать судебно-медицинскому эксперту в установлении причины смерти, характера повреждения. Обнаружение повреждений от электрического тока на обуви помогает установлению причины смерти человека и восстановлению позы, в которой он находился при поражении электричеством. В этом случае обувь с соответствующим повреждением будет также иметь значение вещественного доказательства.

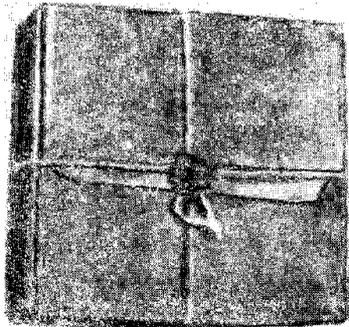
Другой вид вещественных доказательств составляют объекты биологического происхождения. Обычно при исследовании таких объектов выясняется их природа (например, кровь, волосы, сперма), происхождение от человека или животных, возможность их принадлежности каким-то конкретным лицам.

## ***Изъятие вещественных доказательств***

Порядок собирания вещественных доказательств имеет целью обеспечение и установление подлинности вещественных доказательств, исключение возможности их подделки либо подмены.

Если при осмотре или других следственных действиях выявляются предметы, имеющие значение вещественных доказательств, они изымаются. Перед изъятием предметы тщательно осматриваются. В соответствующих документах дается описание тех или других предметов, указывается, где и в какой обстановке они обнаружены, какие имеются следы, их вид, характер, а если предмет изымается, то обязательно отмечается цель изъятия. Описание предметов целесообразно дополнять их фотографированием. Фотографии прилагаются к соответствующему документу.

Изымаемые предметы должны быть тщательно упакованы и опечатаны печатью лица, ведущего расследование, в присутствии понятых, чтобы предотвратить возможность их подмены или утраты, а также в целях сохранения на них обнаруженных при осмотре следов (рис. 37).



**Рис. 37.** Упаковка вещественных доказательств.

При направлении изъятых материалов судебно-медицинскому эксперту должны быть представлены сопроводительное отношение, где указывается, кому, для какой цели и что направляется, постановление следователя или определение суда о назначении экспертизы.

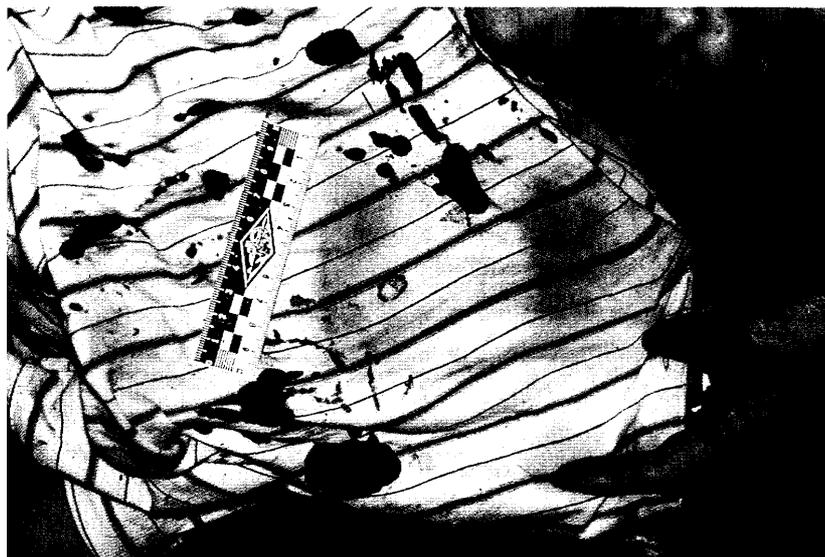
В постановлении особо должны быть отмечены показания свидетелей, обвиняемых или потерпевших и перечислены материалы, которые направляются в качестве образцов, например образцы крови, волос и др. Судебно-медицинскому эксперту направляются протокол осмотра места происшествия либо тех предметов, которые подверглись осмотру перед направлением их на экспертизу, а также протокол изъятия образцов крови, волос и др. Если было произведено исследование трупа либо освидетельствование живого лица, должно быть направлено заключение эксперта, исследовавшего труп или живое лицо. Неправильное изъятие и

направление в лабораторию вещественных доказательств могут привести к утрате их значимости для расследования происшествия или преступления. Обнаруженные в ходе осмотра места происшествия объекты и следы, свидетельствующие о совершенном преступлении или имеющие отношение к обстоятельствам дела, рекомендуется сфотографировать по правилам судебной фотографии, а в необходимых случаях составить план или схему их расположения. Изъятые следы и объекты упаковывают и опечатывают; на бирке или на упаковочном материале указывают место их обнаружения и другие данные. Надпись заверяют своими подписями эксперт, следователь и понятые.

### **Объекты биологического исследования**

Врач как специалист может привлекаться следственными и судебными органами для участия в различного рода осмотрах, целью которых, в частности, служит выявление вещественных доказательств с объектами биологического происхождения. К таким объектам в большинстве случаев относятся кровь, выделения человеческого организма (слюна, сперма, моча, пот и др.), части человеческого тела—волосы, кусочки тканей и органов.

Объекты биологического происхождения наиболее часто могут быть выявлены при осмотре места происшествия, при освидетельствовании потерпевших и подозреваемых, их одежды и предметов насилия (рис. 38). Врач должен уметь обнаружить эти объекты, оказать помощь следователю в правильном их фиксировании, изъятии и направлении на судебно-медицинскую экспертизу.



**Рис. 38.** Вещественное доказательство – блузка с повреждением ткани и множественными пятнами крови.

Исходя из характера происшествия, а также возможности образования тех или других следов, врач чаще всего легко обнаруживает на тех или иных предметах пятно, похожее по внешнему виду на кровь или семенную жидкость. Однако обнаружение биологических объектов может быть затруднительным. В этих случаях врач для их выявления должен воспользоваться специальными познаниями.

**Кровь** наиболее часто становится предметом судебно-медицинской экспертизы. Важное значение имеет не только обнаружение, но и правильное описание формы и величины следов крови еще на месте происшествия. Вид следа крови связан с механизмом его образования (рис. 39). При вытекании большого количества крови из поврежденных участков тела возникают *лужи* различной формы и величины. В случае попадания на отвесную или наклонную поверхность кровь стекает вниз, образуя *потеки*, причем она скапливается в нижнем конце потока, который поэтому окрашен более интенсивно. Кровь, падающая с высоты и под различным углом к плоскости, образует *брызги*. При падении капль крови, в том числе и брызг, на горизонтальную поверхность образуются *пятна*. Их форма зависит от материала и свойств поверхности предмета, на который попала кровь, высоты и угла падения капль, вязкости крови. На гладкой, слабо впитывающей поверхности форма пятен выражена отчетливее, чем на неровной или шероховатой.

От капли крови, падавшей перпендикулярно поверхности с небольшой высоты (в пределах 1 м), возникает пятно округлой или овальной формы с неровным зубчатым краем. При большей высоте падения неровности края пятна удлиняются и образуют так называемые *лучи*, а вокруг пятна происходит разбрызгивание крови. Увеличение высоты падения капль влечет за собой увеличение диаметра пятна и радиуса разбрызгивания, а также удлинение лучей, отходящих от следа. При падении капль под углом к поверхности образуется пятно овальной или булавовидной формы с широкой и более узкой частью, идущей в направлении движения капль крови. Если капль падает под острым углом, пятно приобретает форму восклицательного знака, узкий конец которого указывает на направление движения крови.

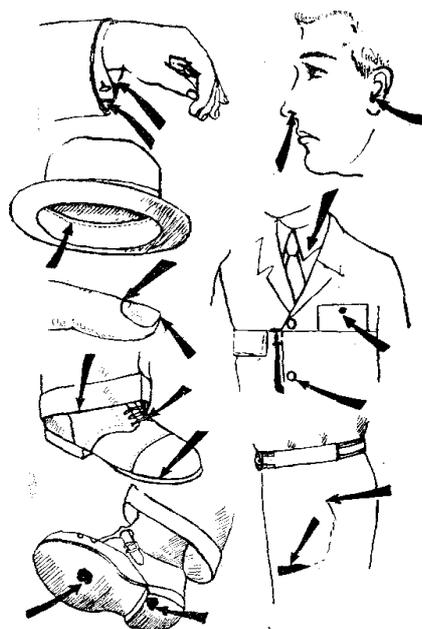
По мере увеличения высоты падения капль размеры широких частей следов булавовидной формы и следов в виде восклицательных знаков возрастают, а узкие части укорачиваются, появляются лучи, отходящие от основной области пятна, и разбрызгивание крови. При прикосновении окровавленными руками к поверхности предметов или одежде образуются *помарки крови*. При контакте с поверхностью предмет, испачканный кровью, не смещается, образуется след, именуемый *отпечатком*. Кровяные отпечатки ступней ног, ладоней и пальцев рук играют существенную роль в обнаружении преступника, особенно если на них запечатлелись папиллярные узоры кожи. Очень важны также отпечатки подошв обуви и орудий преступления. Расположение, характер, цвет, форма, величина и другие свойства следов крови, а также их число помогают восстановить детали

происшествия, положение нападавшего и потерпевшего, передвижение последнего после получения повреждений.

Обнаружение и фиксация следов крови часто становятся непростой задачей для следствия, так как следы крови нередко пытаются уничтожить путем смывания водой или другой жидкостью, стиркой, иногда перекрашиванием, например полов, сменой обоев. Следы крови следует искать там, где на них могут не обратить внимания: на обшлагах рукавов с обеих сторон, у карманов, за отворотами брюк, на пуговицах, особенно на их оборотной стороне, под ногтями, под волосами на лобке (при изнасиловании), на ранте обуви, на козырьке фуражки.

Необходимо установить, являются ли обнаруженные пятна кровью, поскольку с течением времени изменяется состав крови и в связи с этим ее цвет. Цвет пятен крови зависит в первую очередь от изменений гемоглобина, на который влияют влага, свет, высыхание, длительность существования пятна, воздействие на него кислот или щелочей, гниение крови. Цвет пятна крови может меняться от красного или темно-красного до зеленоватого. Следы крови могут маскироваться особенностями предмета, на котором они располагаются, например, на тканях, сходных по цвету со следами крови.

Для выявления следов в таких случаях используют люминесцентный свет или спектрофотометрию в ультрафиолетовых лучах, в которых пятно достаточно хорошо дифференцируется. Затем по таблице спектров поглощения определяют те или иные пигменты крови. Зная примерно время образования пятна крови, можно предположительно судить о его давности. На месте происшествия используют также пробу с перекисью водорода, под действием которой в области пятна крови образуется пена. Иногда применяют пробу с бензидином, который, соединяясь с некоторыми ферментами крови, придает им синюю окраску. Однако эти реакции неспецифичны для крови и могут выявлять пятна от других биологических жидкостей или выделений.



**Рис. 39.** Наиболее частые расположения пятен крови.

После обнаружения пятна, подозрительного на кровь, его необходимо изъять для направления в судебно-медицинскую лабораторию. Если носитель следов относительно невелик (одежда, орудие или оружие), его изымают целиком. Если пятна крови обнаружены на крупных предметах, изымается часть предмета, причем в лабораторию обязательно направляют и фрагмент предмета без следов крови. Когда подозрительные на кровь пятна образовались на предмете, из которого нельзя сделать выемку следа, его соскабливают или делают смыв с помощью марли, которую затем высушивают при комнатной температуре. Марлю не следует обильно смачивать водой, так как при этом может заметно снизиться концентрация компонентов крови. Часть той же марли отправляют в лабораторию в чистом виде для контрольного исследования. Пятна крови, обнаруженные на снегу, с возможно меньшим количеством снега помешают на марлю, а марлю - на стеклянную или фарфоровую поверхность и оставляют при комнатной температуре.

При таянии снега кровь пропитывает марлю, которую затем высушивают при той же температуре и направляют в лабораторию с чистым куском марли. Не следует помещать снег с кровью в закрытую посуду (склянку), так как в этом случае кровь будет растворена в воде.

Следы, подозрительные на кровь, тщательно оберегают от внешних воздействий и загрязнений. С этой целью участки предметов-носителей с расположенными на них следами накрывают чистой бумагой или материей, которую пришивают или привязывают к предмету. Очерчивать пятна карандашом, красками, чернилами нельзя, так как попадание на следы крови различных химических веществ может затруднить исследование. Для

пересылки вещественные доказательства упаковывают так, чтобы они не могли быть утеряны или подменены и чтобы на них не попали посторонние вещества. Каждый предмет в отдельности заворачивают в чистую бумагу, перевязывают бечевкой и опечатывают сургучными печатями. Пакет с соскобом или марлей, пропитанный веществом, подлежащим экспертизе, а также пакете контрольной марлей прошивают по краям ниткой, концы которой припечатывают сургучной печатью к отдельной бирке. Затем все свертки и пакеты помещают в фанерный ящик. Пересылать вещественные доказательства в мягкой упаковке нельзя, так как это не исключает попадания на них различных веществ извне.

При судебно-медицинской экспертизе групповой принадлежности крови в следах на предметах-носителях в лабораторию направляют образцы крови потерпевших и подозреваемых лиц. Образцы крови представляют в жидком и высушенном состоянии одновременно с вещественными доказательствами. Кровь берет судебно-медицинский эксперт или врач больницы в присутствии следователя и понятых. Одну порцию крови (3—5 мл) помещают в стерильную пробирку, снабженную этикеткой с соответствующей надписью. Кровь должна заполнить весь сосуд. Отверстие пробирки плотно закупоривают. Другую порцию крови выливают на марлю, высушивают при комнатной температуре, после чего заворачивают в бумагу и помещают в конверт с надлежащей надписью. Следователь опечатывает образцы сургучной печатью и составляет протокол взятия крови. Образцы жидкой крови пересылают отдельно от других вещественных доказательств. Это обусловлено тем, что стеклянный сосуд в процессе транспортировки может разбиться, кровь может вылиться, попасть на вещественные доказательства, что может поставить под сомнение их пригодность для последующей экспертизы. Образцы крови в высушенном виде упаковывают вместе с другими вещественными доказательствами.

**Сперма, слюна, пот, моча, женское молоко.** Обнаружить следы выделений значительно труднее, чем следы крови, так как они не имеют заметного цвета. Наряду с тщательным осмотром предметов, иногда с помощью лупы при достаточно ярком освещении, целесообразно использовать ультрафиолетовые лучи. Выделения, как правило, дают голубоватую макролюминесценцию различных оттенков и яркости, но при некоторых изменениях структуры эти биологические объекты утрачивают способность люминесцировать. Для расследования изнасилования большое значение имеет правильное изъятие содержимого влагиалиша потерпевшей. Его необходимо брать марлевым тампоном, а не в виде мазков на предметных стеклах, так как в мазках, как правило, невозможно определить групповую принадлежность спермы из-за малого количества объекта исследования. Описание и изъятие вещественных доказательств со следами выделений, их упаковку и направление в судебно-медицинскую лабораторию производят так же, как и при назначении экспертизы крови.

**Волосы** обнаруживают путем тщательного осмотра, иногда при помощи лупы. Их снимают пальцами или пинцетом и помещают в бумажный

пакет, а затем в конверт, который заклеивают и прошивают ниткой. Концы нитки пропускают через бирку и припечатывают к ней сургучной печатью. На пакете или конверте делают надпись с указанием количества волос и места их обнаружения. Для разрешения вопроса о происхождении волос от потерпевшего или подозреваемого представляют в судебно-медицинскую лабораторию образцы волос того и другого, взятые с головы или иных областей тела. Для исследования волос с головы выстригают образцы из лобной, теменной, затылочной и обеих височных областей. Берут также волосы усов, бороды, волосы с груди, из подмышечных впадин, с конечностей, лобка, помещают их в отдельные пакеты, а затем в общий конверт с соответствующими надписями. Все конверты складывают в один пакет, а затем в коробку и пересылают в судебно-медицинскую лабораторию. Волосы животных вырывают с загривка, крестца, боков, брюха, ног, хвоста и упаковывают тем же способом.

### **Объекты химического исследования**

Объекты судебно-химической экспертизы изымаются по возможности целиком. Если предмет изъять невозможно, с него делают соскоб. Небольшое количество вещества стараются изъять полностью, а при большом количестве от него отделяют среднюю пробу. При изъятии сыпучих веществ берут 3—5 выемок с разной глубины насыпки. Пробы перемешивают и изымают не более 1 кг вещества. Жидкость взбалтывают, после чего от нее отливают для анализа 0,5—1 л. При назначении судебно-химической экспертизы пищевых продуктов средняя проба отбирается согласно правилам. В среднюю пробу мяса и рыбы необходимо включать все составные части туши: мясо, кости, сухожилия. Проба должна весить 0,5—1 кг. В таких же количествах берут пробы колбасных изделий, фарша, икры, жира, зерна и т.д. Количество вещества, изымаемого в качестве образца для сравнения, зависит от исследуемого объекта.

Материал для химической экспертизы упаковывают так, чтобы он не был загрязнен посторонними примесями. Подлежащую исследованию жидкость направляют на экспертизу в чистой стеклянной банке с притертой пробкой. Твердое вещество необходимо завернуть в чистую бумагу и уложить в коробку или ящик. Влажные предметы во избежание загнивания во время перевозки рекомендуется подсушить при комнатной температуре. На упаковке указывают наименование содержимого, место и время его изъятия.

Химические исследования производят эксперты-химики, состоящие в штате судебно-медицинских лабораторий. Исследование лекарств производится в лабораториях аптекоуправлений. Проведение судебно-химических экспертиз можно поручать также химикам, работающим в качестве научных сотрудников в научно-исследовательских институтах, преподавателям кафедр химии высших учебных заведений и сотрудникам промышленных лабораторий.

## **Объекты медико-криминалистической экспертизы**

Для медико-криминалистического исследования вещественных доказательств в соответствующую лабораторию бюро судебно-медицинской экспертизы направляют оружие, орудия, одежду и другие предметы. Органы, ткани и извлеченные из трупа инородные тела судебно-медицинский эксперт возвращает лицу или органу, назначившему экспертизу трупа.

Одежду с повреждениями и другими следами высушивают на воздухе при комнатной температуре, после чего каждый предмет отдельно упаковывают в чистую бумагу и маркируют. Наложения на одежде сыпучих веществ закрывают чистой тканью или полиэтиленом и обшивают. Участки кожи с повреждениями огнестрельным оружием, тупыми и острыми орудиями изымают с окружающей неповрежденной кожей для обнаружения в области повреждений инородных включений, загрязнений, дополнительных факторов выстрела и пр. При этом пользуются чистыми хромированными инструментами с ненарушенной поверхностью. Препараты кожи и других тканей фиксируют на картонной подложке, высушивают, наносят координатную маркировку, помещают в пакет из чистой пленки или бумаги и опечатывают. В качестве контроля иссекают препарат кожи из симметричных областей тела. При повреждениях костей и хрящей изымают всю кость или хрящ либо выпиливают поврежденный костный фрагмент хромированными инструментами. К концам объекта прикрепляют бирки с обозначением сторон и плоскостей рассечения. Объекты помещают в консервирующую жидкость или маркированные пакеты из бумаги, упаковывают их в полиэтиленовый пакет и опечатывают. Следует помнить, что при пересылке вещественных доказательств нельзя использовать тару из-под химических реактивов и фотоматериалов.

## ***Проведение судебно-медицинских экспертиз***

Исследование вещественных доказательств в Республике Узбекистан проводится в соответствии с «Правилами судебно-медицинской экспертизы вещественных доказательств».

По предоставленным документам эксперт выясняет обстоятельства происшествия, вопросы, которые ставятся ему, уточняет, какие вещественные доказательства направлены, какие следы обнаружил на них следователь. После этого эксперт осматривает посылку с вещественными доказательствами. Он удостоверяет, что посылка с вещественными доказательствами, опечатанная следователем в присутствии понятых, поступила в сохранности. Если оказывается, что целостность посылки нарушена, эксперт сообщает об этом следственным органам.

Затем эксперт в присутствии двух сотрудников лаборатории вскрывает посылку и сличает наличие присланных ему вещественных доказательств с

перечнем их в постановлении следователя или определении суда. Если расхождений между перечнем вещественных доказательств и их наличием нет, эксперт вправе приступить к проведению экспертизы. Если же будет установлено такое расхождение, экспертом составляется акт, в котором указывается установленное различие. Этот акт подписывается экспертом и двумя сотрудниками лаборатории, присутствовавшими при вскрытии посылки. Один экземпляр акта отправляется следователю, а второй — хранится в лаборатории. Затем эксперт может приступить к исследованию вещественных доказательств и разрешению тех вопросов, которые перед ним поставлены в постановлении.

После исследования эксперт составляет документ, в котором описывает вещественные доказательства, ход их исследования и дает ответы на вопросы, поставленные в постановлении следователя или определении суда. Затем вещественные доказательства тщательно упаковывают и вместе с заключением эксперта возвращают следователю или суду, направившему их на исследование.

### Судебно-биологическая экспертиза

При исследовании вещественных доказательств, на которых подозревается присутствие *крови*, перед судебно-медицинским экспертом могут быть поставлены вопросы, которые он должен разрешить в процессе исследования:

- Содержится ли в том или ином пятне, находящемся на вещественном доказательстве, кровь.
- Принадлежит ли эта кровь человеку или животному, а если эта кровь не принадлежит человеку, то от какого животного она происходит.
- Может ли кровь на вещественном доказательстве (исходя из групп крови) принадлежать определенному лицу.
- Принадлежит ли кровь на вещественных доказательствах мужчине или женщине.
- Принадлежит ли кровь, находящаяся на вещественных доказательствах, новорожденному или взрослому человеку.
- Каково региональное происхождение крови.
- Установить давность образования пятен крови.
- Определить количество крови, излившейся при повреждении и образовавшей ее следы.

**Установление наличия крови.** Это возможно путем определения эритроцитов с помощью микроскопа, что возможно только при исследовании жидкой крови или очень свежих ее пятен. Такая кровь поступает на экспертизу крайне редко. В судебно-медицинской практике обычно используется абсорбционный вариант микроспектрального анализа с помощью микроспектроскопа. Метод основан на способности гемоглобина крови и его производных поглощать волны света разной длины. При этом

образуются характерные и постоянные полосы поглощения в спектре цветов. Для микроспектрального анализа достаточно ничтожного количества высохшей крови, в которой выявляются гемоглобин, гемохроматин или гематопорфирин и другие пигменты. С этой же целью используют реакции получения микрокристаллов гемоглобина и его производных (кристаллы Тейхмана), но этот метод значительно менее чувствителен, чем микроспектральный анализ. В нашей республике часто используются различные варианты хроматографического анализа.

**Определение видовой принадлежности крови.** Такое исследование необходимо для ответа на вопрос, принадлежит ли кровь, выявленная на вещественных доказательствах, человеку или животному. Это тем более важно, что нередко подозреваемый утверждает, что следы крови принадлежат домашним животным или животным, которых он убил на охоте. Для установления видовой принадлежности крови используются иммунобиологические методы, прежде всего метод преципитации белка, позволяющий определить его видовую принадлежность (реакция Чистовича-Уленгута). При взаимодействии раствора белка крови со специально приготовленной для обнаружения этого белка сывороткой образуется осадок (преципитат). Для определения видовой принадлежности крови существуют преципитирующие сыворотки на белок человека и разных животных, птицы. Существуют и другие методики для определения видовой принадлежности крови, но они не получили широкого распространения.

**Определение групповых свойств крови.** Оно чрезвычайно важно, так как позволяет выяснить, принадлежит ли кровь на одежде или теле подозреваемого пострадавшему. Результаты экспертизы могут быть очень весомым доказательством виновности или невиновности подозреваемого. Групповые свойства крови были открыты в начале XX века К. Ландштейнером и Я. Янским. Установлено, что при добавлении сыворотки крови одних людей к эритроцитам других эритроциты склеиваются (агглютинация) и выпадают в осадок. Это связано с присутствием в сыворотке крови веществ, называемых *агглютинидами*, а в эритроцитах - других веществ, называемых *агглютиногенами*. Однако сами эти вещества белковой природы неоднородны и поэтому сначала были выделены 4 группы крови, в которых агглютиногены обозначаются прописными латинскими буквами, а агглютинины — буквами греческого алфавита.

В судебно-медицинской практике в скобках указывают и цифровое обозначение группы крови - Oαβ (I), Aβ (II), Bα (III), ABO (IV). У людей с кровью I группы отсутствуют агглютиногены эритроцитов, а у людей с кровью IV группы отсутствуют агглютинины сыворотки, что обозначается нулем. В дальнейшем в крови был обнаружен еще ряд подобных белковых веществ, являющихся антигенами и антителами, и понятие о группах крови сменилось понятием о ее *изосерологических системах*. В настоящее время выделяют 3 такие системы - ABO (группы крови), MNSs (типы крови) и Rh (резус-система). Они и определяют совместимость крови, главным образом при ее переливании, т.е. отсутствие реакции агглютинации. При

несовместимости крови в результате слияния разных изосерологических систем возникает агглютинация эритроцитов. Эти свойства изосерологических систем и позволяют открывать их в следах крови и определять ее групповую принадлежность. Следует заметить, что групповые антигены изосерологических систем АВО, MNSs и резус содержатся не только в крови, но и в других жидкостях и выделениях организма, а также в клетках тканей тела.

В судебно-медицинской практике изосерологические группы определяют с помощью реакции агглютинации, метода абсорбции—элюции, методикой «покровного стекла» и др. Судебно-медицинский эксперт указывает в заключении, что обнаруженные на теле или вещественных доказательствах следы крови не могут принадлежать подозреваемому или пострадавшему (при несовпадении изосерологических систем), либо отмечает, что обнаруженные следы крови могут принадлежать как подозреваемому (или пострадавшему), так и любому другому лицу с аналогичной группой крови (при совпадении изосерологических систем).

Определение групп различных изосерологических систем в жидкой крови (АВО, MNSs, P, резус и др.), как правило, производят при разрешении вопросов о спорном отцовстве, материнстве, замене детей в медицинских учреждениях или краже ребенка, а также в делах о переливании несовместимой крови. Экспертиза спорного отцовства основывается на определении групп крови матери, ребенка и предполагаемого отца, экспертиза о замене детей и краже ребенка — на установлении группы крови членов семей, относящихся к данному происшествию, и обе эти экспертизы основаны на определенных закономерностях наследования групповых факторов и дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК), представляющей собой генетический код. Возможны следующие варианты заключения.

***О спорном отцовстве (спорном материнстве):***

- данный мужчина не является отцом обследуемого ребенка или данная женщина не является матерью обследуемого ребенка;
- отцовство (материнство) не исключается, в силу чего судебно-медицинская экспертиза крови не может решить вопрос о спорном отцовстве (материнстве).

***О замене детей или краже ребенка:***

- ребенок П. не мог родиться в семье Абдуллаевых, но может происходить из семьи Рахимовых, а ребенок В, не мог родиться в семье Рахимовых, но может происходить из семьи Абдуллаевых;
- ребенок П. не мог родиться как в семье Абдуллаевых, так и в семье Рахимовых, а ребенок Н. не мог происходить от Рахимовых, но мог родиться у Абдуллаевых;
- судебно-медицинская экспертиза крови не может ответить на поставленный перед ней вопрос, так как оба ребенка могут происходить как из той, так и из другой семьи.

Таким образом, судебно-медицинская экспертиза может исключить отцовство, материнство и происхождение ребенка из конкретной семьи, но

не может достоверно установить отцовство, материнство и замену детей. Факт переливания несовместимой крови, связанный с ошибкой в определении группы крови донора или реципиента, выясняют путем исследования крови того и другого. Выводы делают исходя из того, что при переливании имеют значение агглютиногены донора и агглютинины реципиента. При несовместимости крови в сосудистой системе реципиента происходит агглютинация всех эритроцитов, что приводит к смерти.

**Другие задачи, решаемые с помощью исследования крови.** Нередко перед экспертизой стоит вопрос о давности следов крови. Для этого в крови из пятна определяют хлориды с помощью 1% азотнокислого серебра. Ширина полоски выявляемых хлоридов отражает давность образования пятна. Однако метод имеет относительное значение, так как пропитывание пятна крови хлоридами зависит не только от сроков его образования, но и от атмосферных и других внешних воздействий. Определение регионального происхождения излившейся крови основывается в основном на обнаружении каких-либо дополнительных включений. Так, клетки слизистой оболочки дыхательных путей в пятне крови указывают на кровотечение из органов дыхания, обнаружение в следах крови элементов кала свидетельствует о геморроидальном кровотечении из прямой кишки, железы внутренней оболочки матки говорят о менструальном происхождении крови. Если нет этих дополнительных признаков, определить происхождение крови практически невозможно.

Определение количества излившейся крови помогает ответить на ряд вопросов следствия, например, умер ли человек в том месте, где был обнаружен его труп, или труп был перенесен. Для этого имеется ряд методов, среди которых наиболее доступен способ, основанный на определении массы высохшей крови с последующим пересчетом на объем жидкости. Пределы ошибок этой и других подобных методик 15—20%. Если в высохшем пятне крови сохранились лейкоциты, можно определить пол человека, которому принадлежит кровь. В ядрах сегментоядерных лейкоцитов женщин имеются специфические образования — так называемый *половой хроматин*. У мужчин половой хроматин встречается очень редко. Выводы о половой принадлежности крови делают на основании подсчета лейкоцитов из пятна крови, содержащих половой хроматин.

Отличить кровь новорожденного от крови взрослого человека в пятне можно по различной устойчивости гемоглобина к действию щелочей — он более устойчив у новорожденного, что определяется с помощью микроспектрального анализа. При подозрении на отравление угарным газом кровь исследуют на карбоксигемоглобин, применяя спектральный анализ и химические реакции, в первую очередь пробы с танином и формалином.

Из выделений человеческого организма в качестве вещественных доказательств исследованию наиболее часто подвергаются пятна семенной жидкости, слюны, пота и мочи. В пятнах, где предполагается наличие таких выделений, сначала устанавливают характер выделения (сперма, моча и др.).

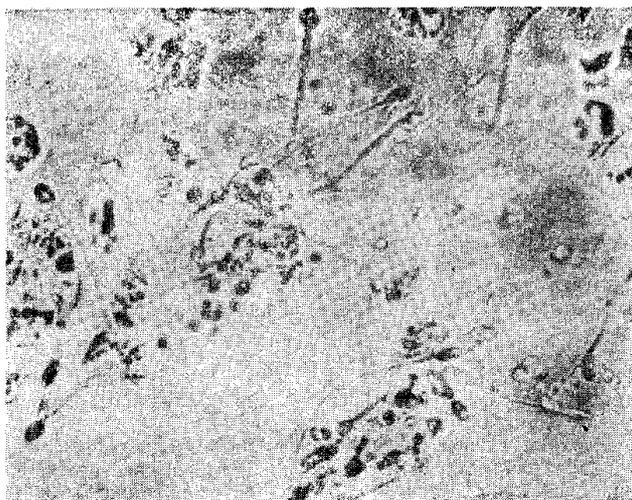
Затем определяют групповые антигены системы АВО, что позволяет судить о возможности происхождения выделений от определенного лица.

### **Исследование спермы**

Семенная жидкость обычно является вещественным доказательством при расследовании половых преступлений. Обнаружение этих пятен устанавливается по внешнему виду, а при затруднениях применяют исследование в ультрафиолетовых лучах: пятна семенной жидкости светятся голубовато-белым цветом (рис. 40).

Заключение судебно-медицинского эксперта о наличии спермы основывается на морфологическом исследовании. Из подозрительного на наличие спермы пятна вырезают ниточку или кусочек, разволакнивают и красят эритрозин, фуксином или другой краской. Затем препарат подвергают микроскопическому исследованию для обнаружения сперматозоидов. Если будет найден хотя бы один сперматозоид, это свидетельствует о семенном происхождении пятна. Чтобы облегчить нахождение сперматозоидов, их предлагали выделять из пятна путем предварительного размачивания материала пятна и последующего центрифугирования. Затем сперматозоиды ищут в центрифугате. Предлагалось исследование отпечатков, снятых с изучаемых пятен, окраска сперматозоидов флуоресцирующими красителями и др. В случаях азооспермии, когда установить присутствие спермы в пятне на основании обнаружения сперматозоидов нельзя, предлагались другие методы исследования, например, обнаружение фермента кислой фосфатазы, которая в большом количестве содержится в сперме, а также выявление холина и спермина.

Для установления семенного происхождения пятна предлагали применить эмиссионно-спектральное исследование и на основании обнаружения соответствующих микроэлементов судить о семенном происхождении пятна. Для определения происхождения пятна от спермы предлагалось также получение электрофореграммы, расположение и соотношение белков на которой отличают сперму, например, от сыворотки крови.



**Рис. 40.** Сперматозоиды человека.

Если эксперт установил, что в пятне содержится сперма, он может произвести определение в ней антигенов изосерологической системы АВО. Следует иметь в виду, что группа крови мужчины совпадает с группой его спермы. Поэтому, если на вещественных доказательствах будет найдена сперма группы А, а мужчина, который подозревается в происхождении спермы, относится к группе В, то следует заключить, что этому мужчине исследуемая сперма принадлежать не могла. При суждении о возможности происхождения спермы от определенного лица следует иметь в виду еще одно явление — «выделительство». У большинства людей содержащиеся в крови антигены групп крови присутствуют и в выделениях (сперма, слюна, пот и др.). Эти люди относятся к категории «выделителей».

Однако встречаются лица, у которых присутствующие в их крови антигены отсутствуют или имеются в незначительном количестве в выделениях; такие лица относятся к категории «невыделителей». Поэтому для суждения о возможности происхождения выделения от определенного лица требуется установить и категорию выделительства, иначе можно прийти к неправильному выводу. Например, в крови у подозреваемого лица установлена группа крови А. В сперме на вещественных доказательствах также найден антиген А. На основании этих данных можно, казалось бы, предположить, что эта сперма могла произойти от этого человека. Однако такая возможность имеется только в том случае, если он относится к категории «выделителей». Если же будет установлено, что он относится к категории «невыделителей», такая возможность отсутствует, ибо у этого лица в выделениях отсутствует антиген А.

Для установления выделительства исследуют антигены системы АВО в слюне. Перед взятием слюны испытуемому предлагают прополоскать рот водой, а затем собирают слюну в пробирку. Собранную слюну центрифугируют и жидкую часть выливают на марлю. Марлю высушивают и

направляют эксперту в качестве образца, в котором он и определяет антигены системы АВО. Кроме антигенов системы АВО, в пятнах спермы для установления возможности их происхождения от конкретного мужчины рекомендуется определять группы изофермента фосфоглюкомутазы. Варианты этого фермента одинаковы и в крови и в сперме.

### **Исследование слюны, пота и мочи**

*Исследование слюны* наиболее часто производится на окурках папирос и сигарет, на конвертах, если они заклеивались путем нанесения слюны на слой клея клапана конверта. Слюна также может определяться на различных предметах, если имеется подозрение, что они были использованы в качестве кляпа.

Для установления присутствия слюны на том или другом предмете его исследуют в ультрафиолетовых лучах. Пятна слюны светятся беловатым цветом. Для доказательства присутствия слюны производят химическую реакцию на птиалин. Ее сущность сводится к тому, что вытяжка из пятна приводится во взаимодействие с крахмалом. Если присутствует птиалин, то он разрушает крахмал. Если же птиалина в вытяжке нет, крахмал остается неизменным. Изменение крахмала определяется путем добавления раствора люголя. Неизмененный крахмал будет синеть от добавления этого реактива, а разрушенный не изменит своего цвета.

Кроме установления наличия слюны, что важно при исследовании конвертов и некоторых других объектов, эксперт может обнаружить в слюне групповые антигены и по этому судить о возможности происхождения слюны от определенного лица. Для установления групповых антигенов применяются те же методы, что и при исследовании крови, а суждение о возможности происхождения слюны от определенного лица производится с учетом явления «выделительства».

*Исследование пота* обычно производится на различных предметах одежды. Обнаружение пота и определение в нем групповых антигенов может способствовать следственным органам в установлении принадлежности исследуемой одежды конкретному субъекту либо может дать основание для суждения о том, что эту одежду кто-то носил. В некоторых случаях исследование пота может быть произведено на расческах, гребенках, обнаруженных на месте происшествия.

Для установления пота из подозрительных на его наличие участков вещественного доказательства вырезают кусочки, с которыми ставится химическая реакция на аминокислоту — серин. В поте серин содержится в большем количестве, чем в других выделениях человека. Если установлено присутствие серина, а следовательно и пота, в этом пятне можно обнаружить групповые антигены и отсюда судить о возможности происхождения пота от определенного лица. При решении этого вопроса также должно учитываться явление «выделительства».

*Исследование мочи* производится при обнаружении подозрительных по внешнему виду пятен; доказательство же наличия мочи осуществляется химической реакцией на креатинин, который находится в моче в сравнительно большом количестве. Моча содержит групповые антигены, которые могут быть установлены, и, следовательно, на основании этого может быть также решен вопрос о возможности происхождения мочи от определенного лица. При этом принимаются во внимание явления «выделительства».

### **Судебно-медицинская экспертиза волос**

*Исследование волос* в качестве вещественных доказательств может производиться при убийствах, автодорожных происшествиях, кражах, половых преступлениях. При их исследовании могут быть разрешены многие вопросы.

Прежде всего эксперт должен установить, что представленные ему объекты действительно являются волосами. Затем решается вопрос, принадлежат ли эти волосы человеку или какому-либо животному. Если устанавливается, что волосы человеческие, необходимо установить, с какой части тела они происходят. Часто следственные органы интересуют вопрос о сходстве волос, найденных на месте происшествия или снятых с предметов преступления либо с одежды какого-то лица, с волосами определенного человека. Нередко ставятся вопросы: не подвергались ли волосы какому-либо механическому воздействию, каким предметом и способом могли быть причинены повреждения, имеющиеся на волосах, нет ли на них следов термического воздействия, вырван волос или он выпал, оборван волос быстрым или медленным движением, подвергались ли волосы стрижке, завивке, окрашиванию, нет ли на волосах посторонних загрязнений, следов действия огнестрельного оружия и др.

Решение вопроса о том, являются ли присланные объекты волосами или волокнами, основано на их морфологическом исследовании. Поверхность волоса — кутикула — представляет собой черепицеобразно расположенные плоские клетки; корковый слой состоит из клеток веретенообразной формы и в середине волоса имеется сердцевина. Нахождение этих структурных элементов свидетельствует, что объект является волосом.

Однако в ряде случаев, когда трудно бывает разрешить вопрос о природе объекта, применяют некоторые специальные способы. Для этого исследуют кутикулу волос, т. е. тот рисунок, который образуют свободные концы клеток кутикулы. Поскольку при микроскопии волос обычно рассмотреть рисунок кутикулы не удастся, готовят отпечаток волоса на эмульсионном слое фиксированной фотопленки. Если у исследуемого объекта обнаружен рисунок кутикулы, это свидетельствует, что он является волосом. Для решения этого вопроса изготавливают поперечные срезы исследуемого объекта. При этом определяют форму среза, наличие сердцевины, расположение пигмента. Кроме того, рекомендовано

производить эмиссионно-спектральное исследование волос и на основании изучения элементного состава определять, является исследуемый объект волосом или нет.

Для решения вопроса, принадлежат ли волосы человеку или животному, применяют микроскопическое исследование. Волосы человека и животных различаются по своему строению. В большинстве случаев волосы человека содержат сердцевину в виде тонкого тяжа либо отдельных островков, причем она занимает незначительную часть толщины волоса. Основную массу волоса человека составляет корковое вещество. У животных основная масса волоса обычно состоит из широкой сердцевины с хорошо различаемым строением. Корковое вещество волос животных узкое, свободные края клеток кутикулы несколько отстоят друг от друга, что при микроскопии создает впечатление зубчатого края волоса. По особенностям рисунка кутикулы, который образуется свободными краями ее клеток, а также строения сердцевины можно отличить волосы одного животного от волос другого.

При установлении регионального происхождения волос человека используются данные об их длине, толщине, форме, а также форме поперечного среза. Например, поперечное сечение волос с головы чаще имеет округлую либо овальную форму, волосы усов, бороды — треугольную форму, а на лобке встречаются волосы, поперечное сечение которых имеет почкообразную форму.

Для решения вопроса о возможности происхождения волос от определенного субъекта производится сравнение волос, доставленных в качестве вещественных доказательств, и образцов волос, взятых у лиц, проходящих по делу. Поскольку сравнивать можно волосы только с одинаковых частей тела, сначала устанавливают региональное происхождение волос — вещественных доказательств, а затем берут образцы волос с соответствующих областей тела у лиц, проходящих по делу. Если волосы, доставленные в качестве вещественных доказательств, происходят с головы, то образцы волос берут в количестве 15—20 штук из 5 областей (лоб, темя, правая и левая височные области и затылок). Их срезают ножницами у корня и помещают в отдельные пакеты, на которых делают соответствующие надписи, например «Волосы с головы гр. Кадырова Н. И. лобная область». Затем все пакеты заворачивают в один общий пакет и на нем надписывают, кому эти волосы принадлежат, с какой части тела они взяты и кто брал образцы волос. Пакет, не повреждая его содержимое, прошивают нитками и концы их на отдельной бирке опечатывают печатью следователя.

При разрешении вопроса о возможности происхождения волос от определенного лица исследуются такие признаки, как их цвет, форма, длина, толщина, присутствие и характер сердцевины, особенности периферических и корневых концов, наличие пигмента, его цвет, характер расположения.

На основании этих исследований эксперт может прийти к выводу, что по ряду признаков волосы, присланные в качестве вещественных доказательств, и волосы, доставленные как образец, имеют сходство или,

наоборот, различаются. Эксперт может говорить только о сходстве, а не о тождестве волос, так как изучаемые признаки волос могут отличаться в волосах с головы одного человека, если они взяты из разных ее участков, и с другой стороны волосы разных людей могут обнаруживать сходство, формулируя свое заключение, эксперт указывает, что волосы, доставленные как вещественное доказательство, обнаруживают сходство с волосами такого-то лица и, следовательно, могут происходить от него либо указывают на отсутствие такого сходства и, следовательно, невозможности происхождения этих волос от данного лица.

При решении вопроса о возможности происхождения волос от определенного лица может быть использовано их иммунологическое исследование. Так, определяют групповые антигены системы АВО в волосах (в крови и волосах у людей присутствуют одни и те же антигены). Данные, полученные при исследовании волос, сопоставляют с группой крови лиц, проходящих по делу, и на основании этого судят о происхождении волос.

Для установления сходства волос также предлагались различные инструментальные методы их исследования. Так, рекомендованы исследование рефракции волос, коэффициента светопропускания, гравиметрических свойств, подсчет количества линий рисунка кутикулы на определенном протяжении волоса, измерение площади их поперечного сечения, изучение их сопротивления на разрыв, а также элементарного состава волос эмиссионно-спектральным анализом, макро- и микролюминесцентный анализ, изучение их в поляризованном свете, гистохимические методы, атомно-абсорбционный анализ, спектрофотометрия в инфракрасных лучах и др.

Волосы, подвергшиеся термическому воздействию, изменяют внешний вид, становятся белесоватыми; при микроскопии в них можно обнаружить пузырьки воздуха или обугливание. Если волос оборван быстрым движением, то его оборванный конец представляется совершенно ровным. Волос же, оборванный медленным движением, бывает со ступенеобразным концом. Волос, подвергшийся недавно стрижке, имеет относительно ровный конец и острые углы — края отделения волос; со временем эти острые углы шлифуются. Иногда возникает необходимость установить, подвергались ли волосы завивке, окрашиванию, или, наоборот, обесцвечиванию. Это определяется при микроскопическом исследовании волос. Так, например, на завитых волосах обнаруживается действие высокой температуры.

По результатам эмиссионно-спектрального исследования часто бывает можно установить не только то, что волосы окрашивались, но и какой краситель был применен. Такое исследование возможно на основании обнаружения в окрашенных волосах в большом количестве какого-то элемента, который либо отсутствует в неокрашенных волосах, либо содержится в незначительных количествах, но присутствует в большом количестве в краске, которой окрашены волосы. При подозрении на огнестрельное повреждение микроскопия волос позволяет найти признаки их опаления, наложения копоти, а также повреждения от действия порошинок.

В настоящее время выявлена возможность установления половой принадлежности волос, что может решаться несколькими методами. В клетках корня волоса исследуют половой хроматин и на основании его изучения может быть диагностирована принадлежность волоса определенному полу. Также для диагностики половой принадлежности волоса может быть использован химический состав волос. Волосы мужчин и женщин отличаются по количественному содержанию некоторых элементов. Химический состав волос определяется различными методами. Для этого рекомендуют прибегать к эмиссионно-спектральному исследованию и к спектрофотометрии в инфракрасных лучах.

Иногда следователю бывает важно установить, выпал волос или он вырван. Вырванные волосы могут свидетельствовать о происходившей борьбе, самообороне или каком-то насилии. Для выпавших волос характерно присутствие ороговевшей луковицы с ровными краями. Луковицы вырванного волоса состоят из жизнедеятельных клеток, нередко отсутствует часть луковицы, на корневой части волоса обычно имеются обрывки волосяного влагалища. Волосы могут иметь очень важное значение при расследовании самых разнообразных преступлений и судебно-медицинский эксперт, разрешая те или иные вопросы, может оказать существенную помощь при расследовании многих преступлений.

Кроме приведенных выше объектов (кровь, сперма, пот, слюна, моча, волосы), которые исследуются наиболее часто, судебно-медицинской экспертизе могут подвергаться и другие объекты биологического происхождения. Например, части тела (органов и тканей), которые могут быть найдены на предметах преступления или частях автомашины, причинившей травму человеку. В таких случаях устанавливается природа этих тканей, т. е. принадлежность их человеку или животному, устанавливается, какая это ткань или какой орган, а также определяются в них групповые антигены для решения вопроса о возможности их происхождения от определенного лица.

Кроме того, в делах о детоубийстве и криминальном аборте на вещественных доказательствах могут быть следы, образованные молоком или молозивом, лохиями. Исследованию могут также подвергаться сыровидная смазка и меконий. Поиски этих веществ необходимы в делах о детоубийстве, так как нахождение мекония или сыровидной смазки свидетельствует о происхождении их от новорожденного. Перечисленные объекты в большинстве случаев исследуются, когда возникает подозрение на детоубийство и необходимо установить, что женщина была беременна. Присутствие же на вещественных доказательствах пятен околоплодных вод, мекония и сыровидной смазки, характеризующая факт рождения младенца, может быть использовано при расследовании дел о детоубийстве.

Иногда могут подвергаться судебно-медицинскому исследованию выделения из носа, пятна слезной жидкости. В этих объектах определяют их природу, а также стремятся установить групповую характеристику для решения вопроса о возможности происхождения названных объектов от определенного лица. Изредка судебно-медицинскому эксперту приходится

решать вопрос об образовании обнаруженных пятен каловыми или рвотными массами. Такое установление производится посредством осмотра и микроскопического исследования препаратов, сделанных из исследуемого пятна.

### ***Судебно-медицинская экспертиза в комплексном исследовании вещественных доказательств***

Нередко при расследовании преступлений против личности, особенно с применением всевозможного оружия и орудий, а также преступлений против общественной безопасности и общественного порядка, сопровождавшихся различного рода травмами, проводятся криминалистические экспертизы, в которых необходимо участие судебно-медицинских экспертов. Их знания нужны в тех комплексных экспертизах, которые касаются человека, получившего смертельные или несмертельные ранения, возможно, причиненные представленными на экспертизу вещественными доказательствами.

### ***Судебно-медицинская трассологическая экспертиза***

Эксперт участвует в *судебно-медицинской трассологической экспертизе*, перед которой ставятся вопросы не только о наличии на теле освидетельствуемого или на трупе повреждений как таковых, но и вопросы о различных следах, механизмах и условиях их образования, свойствах орудия травмы и его отождествлении с представленным на экспертизу вещественным доказательством в той части экспертизы, которая требует специальных медицинских знаний.

### ***Судебно-медицинская баллистическая экспертиза***

При проведении *судебно-медицинской баллистической экспертизы* требуется установить факт поражения человека снарядом огнестрельного оружия; определить число повреждений и последовательность выстрелов, локализацию входных и выходных повреждений, направление раневых каналов, дистанцию выстрелов, положение тела потерпевшего в момент причинения огнестрельных повреждений. Кроме того, эксперт должен идентифицировать вид и особенности огнестрельного оружия и боеприпасов; установить возможность причинения повреждения через преграду или после рикошета снаряда, а также направление выстрела, механизм и условия возникновения повреждения тела и одежды при взрывной травме и др.

### ***Судебно-медицинская идентификация личности***

**По особым приметам.** *Особыми приметами* называют врожденные или приобретенные редко встречаемые признаки. К первым относят аномалии развития костной системы, особенно черепной и грудной клетки,

конфигурацию и топографию частей лица (выступающий подбородок, цвет радужки, форма носа и ушной раковины, родимые пятна, родинки).

Приобретенными особыми приметами могут быть татуировки, пигментации, травматические и послеоперационные рубцы, бородавки, последствия болезни и переломов, внутрикостные металлические штифты, аппарат, стимулирующий сердечную деятельность, деталлизация, особенности профессиональной деятельности.

**По костным останкам.** При экспертизе костных останков вначале следует решить вопрос о видовой принадлежности костей, затем определить, все ли они являются останками одного человека. По особенностям строения костей, и прежде всего черепа и таза, определяют пол. Например, мужской череп характеризуется выступанием надбровных дуг и надпереносья, массивностью сосцевидных отростков, выраженной бугристостью и шероховатостью мест прикрепления мышц, выраженным затылочным бугром, пологими теменными костями.

Лицевой череп мужчин развит больше, чем мозговой, лоб скошен, глазницы низкие, прямоугольной формы, с тупым верхним краем, нижняя челюсть крупная, восходящие ее ветви расположены вертикально, нижнечелюстные углы развернуты кнаружи.

Установление роста основано на зависимости соотношения размеров каждой части скелета с длиной тела. По ряду параметров трубчатых и других костей, изложенных в специальных таблицах, соотношению с общей длиной тела определяется рост человека. По состоянию швов различных костей черепа, изменению строения костей, выявляемых с помощью рентгенографии, по состоянию зубов определяют возраст. Первые синостозы образуются в 2—3 года и продолжают расти до 25—27 лет. Облитерация черепа начинается с 16 лет и продолжается до 55. Остеопороз, обызвествление костей, появление остеофитов, изменение балочной структуры костей начинается и заканчиваются в разное время в различных костях. Следует отметить, что возможности в зависимости от возраста ограничены. Наиболее точно можно установить детский и юношеский возраст, когда ошибка может не превышать 3 лет, при определении зрелого и старшего возраста ошибка находится в пределах 5—15 лет.

Далее решается вопрос, не принадлежат ли кости определенному лицу, пропавшему без вести. Используются комплекс сравнительных методов исследования, антигенные свойства, в последнее время генотипоскопический метод идентификации по ДНК. Метод основан на индивидуальном строении некоторых участков молекулы ДНК. Если костные останки извлечены из земли, определяется давность захоронения. Все эти вопросы решаются тем лучше, чем больше костей исследовано. Выводы делаются на основании комплекса полученных результатов. Далее определяются признаки повреждений, их характер и давность, прижизненно протекавшие болезни костей, другие индивидуальные особенности и, наконец, генотипоскопические данные, что и позволяет устанавливать тождество личности.

**С использованием стоматологического статуса.** Ценным объектом исследования из-за своей устойчивости к внешним воздействиям и хорошей выраженности индивидуальных признаков является зубной аппарат. Он четко отображает строение челюстей и форму зубов, расстояние между ними, дефекты и патологические изменения, особенности, связанные с лечением, протезированием, возрастом.

Все это используется при наличии стоматологической карты или фотографии лица с видимыми зубами. Недаром в ряде стран у людей, работающих в экстремальных условиях, наряду с дактилоскопической проводят стоматологическую регистрацию и в случае необходимости используют для опознания. Когда имеются фотография с открытыми передними зубами; рентгенограмма черепа, их сопоставляют с посмертно выполненными рентгенограммами в той же проекции. Можно производить сравнение прижизненных рентгенограмм повреждений костей лицевого черепа, зубов и их последствий. Учитываются также строение компактного и губчатого вещества, последствия или наличие болезней зубочелюстного аппарата, что носит индивидуальный характер.

Применяют изготовление слепков, фотографии с применением сопоставления, скольжения, наложения и репеража, метод увеличенной панорамной рентгенографии. Для обозначения особенностей строения зубного ряда и отдельных зубов при идентификации личности в настоящее время используют одонтограммы, содержащие описание 160 поверхностей 32 зубов; расширенной одонтограммы, а также особенностей коронок 28 корней зубов верхней и 22 нижней челюсти и пломбированных каналов, что в сумме составляет 210 диагностических признаков (Г.А. Пашинян, Ф. Аюб).

Особое значение имеют следы-повреждения от зубов, которые в зависимости от механизма подразделяются на статические, возникающие вследствие сжимающего их действия, динамические и следы отдаления. Их исследуют с помощью различных специально разработанных для этих целей методов, включая построение графического идентификационного алгоритма для исследования динамических зубов.

**Геномная дактилоскопия.** Это молекулярно-генетическое исследование — метод геномной дактилоскопии, который выявляет индивидуальные особенности клеточных ядер, в частности наследственного материала — ДНК (дезоксирибонуклеиновой кислоты). Открытый в 1985 г. англичанином Джефрисом, он позволяет визуализировать участки генома человека в виде графического набора полос наподобие коммерческого кода товаров. Эта система, учитывая число, интенсивность и расположение по вертикали полос, поддается количественному анализу. Достоинство метода в том, что он позволяет получать результат с исключительно малым количеством крови, но главное — это возможность делать вывод с почти 100%-ной точностью, чего в судебно-медицинской практике иными способами достичь невозможно.

Следует отметить, что эта дорогостоящая экспертиза проводится только после проведения судебно-биологической экспертизы на месте в

региональном бюро СМЭ с объектами и образцами. В качестве объекта могут направляться высушенные следы крови на предмете-носителе (не смывы), высушенные частицы органов или тканей, тампоны с содержимым влагиалища, волосы с луковицами. Образец крови на марле, сложенной в три слоя, с пятном метром в 5 см. Все объекты должны быть высушены и не иметь гнилостных изменений. Объектом исследования может быть любая ткань, в том числе и кость, которая долго противостоит гниению, причем в количествах, измеряемых миллиграммами, что в судебно-медицинской практике имеет большое значение.

В геномном отпечатке имеется примерно 50% особенностей от каждого родителя и нет ничего, что не присутствовало бы в коде генома родителей. Причем ДНК (дезоксирибонуклеиновая кислота) может быть из ядра клетки (хромосомной) или из самой клетки (ми-тохондриальной), которая имеет свой собственный геном. Установление того или другого ДНК позволяет определять тождество с большей уверенностью. Это дает возможность проводить сравнительные исследования с материалом родственников по линии отца или матери. Классический пример этого — установление тождества по родственным связям останков царской семьи, и в частности царя Николая II, его жены Александры Федоровны с образцами потомков семьи Романовых и английской королевы Виктории, внучкой которой была императрица, в комплексе с другими медико-криминалистическими исследованиями. Судебно-медицинские эксперты участвуют и в других экспертизах, например в микологических экспертизах, в экспертизах реконструкции событий.

#### **Контрольные вопросы.**

1. Дайте определение понятию «вещественные доказательства»
2. Что является вещественными доказательствами биологического происхождения?
3. Какие вопросы могут быть решены поставлены при исследовании следов крови?
4. Какие вопросы могут быть поставлены следователем перед судебно-медицинским экспертом при исследовании следов спермы?
5. Какие вопросы решает судебно-медицинский эксперт при исследовании пятен слюны, мочи, пота?
6. Какие вопросы могут быть решены при исследовании волос?
7. Назовите виды криминалистической экспертизы.
8. Что такое судебно-медицинская трассологическая экспертиза?
9. Что такое судебно-медицинская баллистическая экспертиза?
10. Как проводится идентификация личности?

# **ЧАСТЬ II**

## **СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ**

### **РАЗДЕЛ ПЕРВЫЙ**

#### **ОБЩИЕ ВОПРОСЫ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ**

##### **ГЛАВА I**

###### **ПРЕДМЕТ И ЗАДАЧИ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ**

*Судебная психиатрия* - это медицинская наука, которая служит правосудию, опираясь на достижения общей медицины и общей психиатрии. Она имеет свои особые задачи, но все они сводятся к двум главным проблемам - установлению вменяемости или невменяемости в делах по уголовным преступлениям и установлению недееспособности или дееспособности в гражданских делах.

Перед оперативными, следственными и судебно-прокурорскими работниками постоянно возникает множество вопросов, решение которых требует не только специальных познаний, жизненного опыта, но и знания судебной психиатрии. Главные задачи судебной психиатрии — осуществление судебно-психиатрической экспертизы в уголовном и гражданском процессе, а также разработка ряда теоретических проблем, вызванных требованиями экспертной практики.

Только судебно-психиатрическая экспертиза может установить, мог ли обвиняемый осознавать характер или общественную опасность своих действий (или бездействия) либо руководить ими в момент совершения преступления. От ответа на этот вопрос зависит возможность суда вменить в вину обвиняемому совершенное им правонарушение или освободить его от уголовной ответственности, назначив принудительное лечение. Только судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе устанавливает способность подэкспертного понимать значение своих действий и поступков либо не понимать этого. В зависимости от экспертного заключения решается вопрос о дееспособности человека или его недееспособности и назначении опекуна. В рамках этих двух проблем судебный психиатр должен решить множество других задач, которые под силу лишь профессионалу. Судебно-психиатрическим экспертом может быть только врач-психиатр (в отличие от судебно-медицинского эксперта, которым может быть врач любой специальности).

Помимо определения вменяемости или невменяемости обвиняемого, дееспособности или недееспособности освидетельствуемого, судебно-психиатрическая экспертиза должна ответить на ряд вопросов:

- способны ли свидетели и потерпевшие правильно воспринимать происходящие события и давать о них показания;

- может ли осужденный по своему психическому состоянию отбывать назначенное ему наказание.

Судебно-психиатрическая экспертиза должна диагностировать возможное душевное расстройство обвиняемого, подозреваемого, пострадавшего или свидетеля, определить его тяжесть и в необходимых случаях рекомендовать лечение.

Подобная экспертиза особенно важна и трудна, так как далеко не все участники процесса могут быть полностью психически здоровыми людьми, хотя и вполне вменяемыми. Часто экспертам приходится иметь дело с атипичными, стертými, нечетко выраженными формами психических расстройств. В ряде случаев у испытуемых выявляются последствия перенесенных психозов, но при этом они вполне трудоспособны, приемлемы в коллективе, имеют семьи. Психическое заболевание может протекать бессимптомно, впервые выявляется под влиянием различной степени выраженности эмоционального стресса, который возникает у человека в связи со следственными мероприятиями или судебным процессом.

Нередко приходится сталкиваться с симуляцией или диссимуляцией психических заболеваний. Для установления истины основным условием диагностики психических расстройств является клиническое наблюдение за освидетельствуемыми, дополненное данными их лабораторного обследования.

### ***Организация судебно-психиатрической экспертизы***

Организация и проведение судебно-психиатрической экспертизы в нашей республике регулируются Основами судопроизводства Республики Узбекистан, нормами уголовного (ст. 240 УК РУз) и уголовно-процессуального (ст. 172-187 УПК РУз), гражданского (ст. 84-88, 193-194, 293-294 ГК РУз) законодательства. Для производства судебно-психиатрической экспертизы органами здравоохранения созданы специальные судебно-психиатрические комиссии при психиатрических больницах и диспансерах.

Судебно-психиатрическая экспертиза проводится врачами-психиатрами органов здравоохранения. Она может быть осуществлена только: по постановлению следователя, прокурора, органа дознания; по определению суда, а также по определению (постановлению), вынесенному судьей единолично по делу частного обвинения или в порядке досудебной подготовки гражданского дела; по предложению администрации мест лишения свободы.

Проведение судебно-психиатрической экспертизы обязательно, когда у лица, производящего дознание, следователя, прокурора или суда возникают сомнения. Ходатайствовать о назначении судебно-психиатрической экспертизы перед вышестоящими должностными лицами и органами могут

обвиняемый, подозреваемый или потерпевший, их родственники, адвокат с момента его участия в процессе, прокурор, истец, ответчик и их представители. В случае сомнения в психическом состоянии обвиняемого или подозреваемого при отсутствии внешних поводов для преступления и особой жесткости его совершения следователь или суд сами могут назначить психиатрическую экспертизу независимо от желания обвиняемого и наличия указанных ходатайств. Экспертиза потерпевшего и свидетеля (в связи с неправильным поведением или нелепыми показаниями) может быть назначена самим судом или следователем. Назначение психиатрической экспертизы, когда для этого есть основания, содействует укреплению законности.

На практике судебно-психиатрическая экспертиза проводится, если сомнения в психическом состоянии подэкспертного или иного лица вызывают:

— странное поведение обвиняемого или подозреваемого (до совершения преступления, во время его совершения или после), а также свидетелей, потерпевших. *Например, испытуемый В., 22 лет, в прошлом слесарь, в течение года не работал, уединялся. Явился в школу, где ранее учился, встретил свою бывшую учительницу русского языка и литературы и стал требовать, чтобы она занималась с ним английским языком, так как, с его слов, он собирается поехать за границу. Когда учительница отказалась, В. во дворе школы в присутствии учеников начал избивать ее. Был признан невменяемым, как страдающий хроническим душевным заболеванием в форме шизофрении;*

— нелепые показания;

— «безмотивные» правонарушения (отсутствие психологически понятных поводов для совершения умышленного преступления). *Испытуемый Д., 48 лет, ударил стамеской девочку, которая наблюдала за его работой. Свои действия он объяснил тем, что она насмехалась над ним, превращаясь то в черта, то в собаку. Комиссия пришла к заключению, что испытуемый находился в состоянии острого алкогольного психоза;*

— особо жестокие преступные деяния. *Испытуемый Х., 24 лет, во время обеда набросился на брата и престарелого отца, нанес им множественные ранения, изуродовал трупы, выбежал во двор и топором зарубил собаку. Как страдающий эпилепсией с сумеречными расстройствами сознания, был признан невменяемым. Крайняя жестокость совершенного преступления не всегда свидетельствует о психическом заболевании. Тяжесть преступления не является основанием для назначения психиатрической экспертизы, если нет данных, свидетельствующих о болезненном расстройстве психики обвиняемого;*

— показания, носящие характер оговоров и самооговоров;

а также при:

— сутяжных проявлениях;

— указании на пребывание лица в психиатрических больницах или нахождении на учете в психоневрологическом диспансере. Вместе с тем

пребывание в больнице или посещение психиатра еще не говорит о выраженной психической болезни, так как в психоневрологических больницах на лечении находятся лица, не обнаруживающие психоза (невротики, психопаты, алкоголики);

— самоубийствах;

— прохождении ранее лицом судебно-психиатрической, трудовой или военно-психиатрической экспертиз.

Экспертное освидетельствование следует проводить и в отношении лиц, перенесших в прошлом такие заболевания головного мозга, как энцефалит, менингоэнцефалит, травма черепа, если после них наблюдалось отставание в обучении или снижение трудоспособности, а также обучавшихся во вспомогательной школе.

Установив факт лечения обвиняемого у психиатра и назначая экспертизу, следователь обязан истребовать подробные выписки из истории болезни, а в ряде случаев подлинники (копии) истории болезни. Если имеются сведения о психических расстройствах, наблюдавшихся после травмы черепа, инфекционных болезней, профессиональных отравлений и других соматических страданий, то медицинская документация должна быть истребована из тех лечебных учреждений, в которых лечился обвиняемый по поводу этих заболеваний.

Решая вопрос о проведении экспертизы, следователь, суд руководствуются требованиями закона о всесторонности, полноте и объективности исследования обстоятельств дела. Основанием для проведения психиатрической экспертизы, как указывалось выше, является определение суда или постановление следователя. В этих документах должна быть изложена фабула дела, мотивы для назначения экспертизы, кому поручается ее проведение, какие вопросы ставятся на разрешение экспертизы.

В соответствии со ст.180 УПК РФ следователь, признав необходимым производство судебно-психиатрической экспертизы, выносит мотивированное постановление, в котором отражает основания ее назначения. В обоснование назначения экспертизы приводятся только обстоятельства, нашедшие отражение в материалах дела.

Во **вводной** части постановления указываются наименование уголовного дела, его номер, фамилия, имя, отчество лица, направленного на экспертизу, статьи уголовного кодекса, которые предусматривают совершенное правонарушение.

В **описательной** части кратко излагается сущность противоправных действий лица, направляемого на экспертизу, и те основания, которые вызывают сомнение в его психическом состоянии. Здесь же указывается учреждение, экспертам которого поручается проведение экспертизы.

В **постановлении** или определении о производстве экспертизы наиболее важный раздел составляют вопросы, которые ставятся на разрешение экспертизы. При судебно-психиатрической экспертизе, например, обвиняемых, могут быть следующие вопросы:

- не страдал ли обвиняемый психическим расстройством в момент совершения общественно опасного деяния. Если страдал, то каким именно;

- при наличии психического расстройства мог ли обвиняемый отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими, т. е. являлся ли он вменяемым;

- в случае вменяемости указать, не страдает ли обвиняемый психическим расстройством в настоящее время. Если страдает, то каким;

- при наличии психического расстройства в настоящее время установить, не лишает ли он обвиняемого возможности отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими;

- если данное лицо страдает психическим заболеванием, то в каких мерах медицинского характера оно нуждается.

В зависимости от особенностей дела могут быть поставлены и иные вопросы, касающиеся, например, обоснованности заключений предыдущих экспертиз, а также установленных ранее диагнозов болезни в психиатрических больницах, о симуляции со стороны обвиняемого. На практике нередко наблюдаются случаи неправильной постановки вопросов. Например, в определении нарсуда о посмертной экспертизе, вызванной завещанием гр-ки М., ставился вопрос о вменяемости умершей, в то время как надо было решить вопрос о ее дееспособности. В вынесенном следователем Н. постановлении в отношении обвиняемого Л. ставился вопрос о вменяемости подэкспертного не в момент совершения преступления, а до содеянного.

В тех случаях, когда психическое заболевание возникло после совершения преступления, перед экспертами ставится вопрос: какой характер имеет заболевание—временный; преходящий или хронический, и может ли обвиняемый в связи с этим заболеванием предстать перед следствием и судом и нести наказание. Как в отношении обвиняемых, признанных невменяемыми, так и лиц, заболевших неизлечимым тяжелым заболеванием после совершения преступления (обвиняемых, осужденных), перед экспертами должен быть поставлен вопрос, в каких мерах социальной защиты медицинского характера эти лица нуждаются.

Относительно свидетелей и потерпевших суд интересуется вопросом о наличии или отсутствии психического заболевания, поскольку оно может повлиять на достоверность свидетельских показаний. В ст. 115 УПК РУз указано, что не подлежат допросу в качестве свидетелей «лица, которые ввиду их физических или психических недостатков не могут правильно воспринять обстоятельства и явления, имеющие значение для уголовного дела, и правильно давать о них показания». Поэтому, если возникают сомнения в психической полноценности свидетеля или потерпевшего, перед экспертами надо ставить вопрос, являются ли такие показания психически здорового или психически больного человека. О примерах неправильной формулировки вопросов в отношении свидетелей и потерпевших свидетельствуют следующие случаи: следователь А. в своем постановлении в

отношении свидетельницы Ш. поставил вопрос о её вменяемости, а следователь Н. в отношении свидетельницы М. — о достоверности ее показаний.

Перед экспертами-психиатрами могут ставиться и другие вопросы, требующие разъяснения специалиста, например, уточнение времени начала заболевания, характер его дальнейшего течения, возможности выздоровления.

Нельзя перед экспертами-психиатрами формулировать вопросы, не относящиеся к их компетенции: о мотивах преступления, целесообразных мерах наказания лиц, признанных психически здоровыми и вменяемыми. Например, в постановлении следователя К. был такой вопрос: «Если считать обвиняемого невменяемым, может ли он учиться в институте?». Этот вопрос решает врачебно-трудовой экспертной комиссией (ВТЭК). Все вопросы, поставленные перед экспертом, должны быть ясными, четкими, конкретными и сформулированы по возможности так, чтобы получить утвердительный или отрицательный ответ. Если следователь, не обладая достаточными знаниями в области психиатрии, испытывает затруднения при редактировании предлагаемых эксперту вопросов, он может предварительно проконсультироваться с психиатром.

Опыт судебно-психиатрической практики свидетельствует о том, что при проведении экспертизы нередко встречаются обстоятельства, связанные с психическим состоянием подэкспертного и имеющие значение для дела, по которым, однако, следствием и судом вопросы не ставятся.

Администрация мест лишения свободы, направляя осужденных на судебно-психиатрическую экспертизу, ставит перед экспертами вопрос, может ли осужденный по своему психическому состоянию находиться в местах лишения свободы и отбывать наказание. В то же время обследование этих лиц нередко свидетельствует о том, что признаки психического заболевания у них обнаруживались и ранее. В таких случаях важно установить время начала заболевания, так как с этим связана оценка судебно-психиатрического состояния лица в момент совершения правонарушения. Однако положительный ответ на указанный вопрос возможен тогда, когда эксперты располагают материалами архивного уголовного дела, всеми данными о наличии признаков психического заболевания у осужденного еще к моменту совершения общественно опасного деяния.

Если судебно-следственные органы на психиатрическую экспертизу направляют осужденных, которые после вынесения приговора совершили повторное правонарушение, то обычно ставят вопрос о вменяемости этих лиц в отношении последнего общественно опасного деяния и о возможности их отбывать наказание по ранее вынесенному приговору. При наличии хронического психического заболевания, которое началось еще до привлечения обвиняемого к ответственности, эксперты должны ответить не только на поставленные вопросы, но и оценить способность субъекта отдавать отчет в своих действиях и руководить ими в период совершения первого общественно опасного деяния.

## Материалы, направляемые в экспертное учреждение

Для успешного проведения судебно-психиатрической экспертизы в распоряжение экспертов направляются:

- 1) материалы уголовного или гражданского дела, личное дело (если таковое имеется);
- 2) медицинские документы (подлинники, копии, выписки из истории болезни, справки);
- 3) постановление следователя, определение суда или ходатайство администрации мест лишения свободы;
- 4) подэкспертный с документами, удостоверяющими его личность.

Чем полнее будут представлены материалы на экспертизу, тем достовернее и объективнее будет заключение судебного психиатра. Судебно-следственные работники должны направлять эксперту все данные, характеризующие обстоятельства преступления и личность подэкспертного.

Эксперт-психиатр не ограничивается только освидетельствованием подэкспертного, он знакомится с материалами дела, изучает все сведения, характеризующие личность подэкспертного, обращает внимание на факты, относящиеся к основным этапам жизни подэкспертного: как он рос и развивался в детстве (эти данные выясняются у родителей и воспитателей), с какого времени начал ходить, говорить; пошел в школу, как усваивал учебный материал, как формировался характер, какие заболевания перенес, особенно инфекционные, травмы черепа; не отмечалось ли припадков, какой образ жизни вел в дальнейшем — проходил ли военную службу, какой или какими профессиями овладел, как часто менял место работы (психически неполноценные лица обычно не могут приспособиться к окружающей среде, ужиться в коллективе). Очень важно у близких и родственников, а также сослуживцев выяснить поведение подэкспертного в семье и в быту: не принимал ли наркотических средств, не злоупотреблял ли он алкоголем, если употреблял, то со сколько лет, в каких дозах, не было ли потребности опохмеляться.

В тех случаях, когда подозреваемый до совершения преступления находился на учете в психоневрологическом диспансере или лечился в психбольнице, надо уточнить, когда освидетельствуемый заболел, в чем проявилось заболевание, где и сколько времени он находился на лечении, какой диагноз был установлен и как протекало заболевание после лечения.

Для судебно-психиатрического эксперта представляют особую важность сведения, касающиеся подэкспертного, совершившего общественно опасное деяние в состоянии временного расстройства психической деятельности. В подобных случаях подозреваемый чаще всего до совершения преступления и после является психически здоровым. Поэтому в уголовном деле должны быть сведения о поведении подэкспертного в момент совершения данного преступного деяния, как реагировал на задержание, какие давал показания, каково было его отношение к содеянному, как вел себя на допросе и т. д. Все эти данные

необходимы экспертам-психиатрам для дачи обоснованного заключения. Эксперт для установления болезненного состояния, особенно временного расстройства душевной деятельности, должен знать характер обстановки, обстоятельства и условия, при которых оно возникло, способ реализации болезненных переживаний, специфику содеянного, особенности последующего поведения, нарушения сна и другие причины, способствующие неправильному, странному или необычному поведению не только в период совершения преступного деяния, но и после содеянного. Он выявляет все клинические признаки, характерные для того или иного болезненного расстройства психической деятельности.

Однако в экспертное учреждение еще направляются уголовные дела, где большая часть материалов свидетельствует только о виновности обвиняемого, а имеющиеся характеристики с места работы или учебы лица зачастую носят формальный характер.

Надо иметь в виду, что свидетели, потерпевшие, да и сам подэкспертный могут давать неверные показания, извращать те или иные факты. Все важные для суждения о психическом состоянии обвиняемого сведения следователь должен собирать в процессе допроса обвиняемого, свидетелей, опроса его близких, знакомых и других лиц. В отдельных случаях полезную информацию можно получить из беседы врача с родными и близкими подэкспертного.

В Положении о производстве судебно-психиатрической экспертизы указано, что все медицинские учреждения (больницы, диспансеры, поликлиники) обязаны представлять судебно-психиатрической экспертизе необходимые для нее сведения (материалы об испытуемом, истории болезни, справки, анализы). Практика получения нужных документов из самих медицинских учреждений экспертами ускоряет проведение экспертизы, если таких справок нет в уголовном деле. Однако пользоваться этой возможностью следует в отношении только медицинских документов. Все иные материалы, свидетельствующие о психическом состоянии обвиняемого, должны быть получены следователем в процессе производства предварительного расследования.

### ***Виды и проведение судебно-психиатрических экспертиз***

В соответствии с названной Инструкцией судебно-психиатрическая экспертиза осуществляется в основном в следующих видах:

- • амбулаторная;
- • стационарная;
- • экспертиза в кабинете следователя;
- • экспертиза в судебном заседании;
- • заочная и посмертная экспертиза.

**Амбулаторная экспертиза** характеризуется чаще однократным освидетельствованием подэкспертного комиссией врачей-психиатров. Амбулаторные комиссии работают при психиатрических больницах и психоневрологических диспансерах. При них существуют заранее организованные постоянные судебно-психиатрические экспертные комиссии в составе трех врачей-психиатров: председателя и двух членов комиссии, из которых один является докладчиком. Врач-докладчик предварительно осматривает подэкспертного и подробно беседует с ним, составляя его историю болезни, а также знакомится с материалами судебного дела. Затем он представляет подэкспертного комиссии, докладывая историю болезни. На основании личного освидетельствования лица, истории болезни и всех представленных материалов комиссия выносит заключение.

Лицо, назначившее экспертизу, предварительно собирает все необходимые врачам медицинские документы, устанавливает существенные обстоятельства дела и данные, характеризующие личность подэкспертного.

Амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза имеет ряд преимуществ и недостатков. Основное преимущество — ее краткосрочность, оперативность получения заключения судебно-следственными работниками, недостаток — невозможность во всех случаях решить вопрос о характере и тяжести психических расстройств. Амбулаторная экспертиза является наиболее массовым видом судебно-психиатрического обследования как в уголовном, так и в гражданском процессе. Более 70% экспертиз с окончательным решением приходится на долю амбулаторных судебно-психиатрических экспертных комиссий. Это понятно, так как амбулаторная экспертиза позволяет в сравнительно короткие сроки решить поставленные перед экспертами вопросы, не требует большого количества персонала, места и, кроме того, по сравнению с другими видами экспертиз более экономична, так как однократное обследование испытуемого, несомненно, дешевле стационарного его содержания.

Амбулаторное освидетельствование, целесообразно, осуществлять в отношении психически здоровых лиц, сомнения в психической полноценности которых касаются оценки состояния в момент совершения общественно опасных деяний. Чаще всего такую экспертизу проводят в отношении лиц, совершивших правонарушения в состоянии алкогольного опьянения. Амбулаторная экспертиза является обоснованной и при освидетельствовании явно психически больных лиц (шизофрения, эпилепсия, явления слабоумия, старческие психозы). В подобных случаях достаточно собрать все необходимые материалы (уголовное дело, медицинские справки и др.) для окончательного решения вопросов, поставленных перед экспертизой.

*Например, гр-н Я., 48 лет, обвинялся в хулиганских действиях. Наследственность неотягощена. В детстве болел брюшным тифом и малярией. Но характеру спокоен, малообщителен. После неполного школьного образования окончил техникум, затем институт, работал инженером в разных организациях, с работой справлялся. С первой женой*

*развелся, судьбой сына не интересовался. Вскоре после ухода второй жены лечился стационарно. За неделю до поступления в больницу снизилось настроение, страдал слуховыми галлюцинациями. После выписки из больницы часто менял место работы. В последующем 8 раз лечился в психиатрической больнице, по поводу шизофрении параноидной формы. Проходил амбулаторную экспертизу в связи с тем, что в состоянии алкогольного опьянения бросил камень в витрину магазина. Во время комиссии был злобным, диссимулировал свои переживания, однако продолжал высказывать бредовые идеи, не мог объяснить мотивы своих действий. Был признан невменяемым с диагнозом: «Шизофрения, параноидная форма, непрерывно текущая». Ему рекомендовалось принудительное лечение в психбольнице общего типа. В данном случае эксперты-психиатры располагали достаточными сведениями о больном и его заболевании, что позволило ограничиться амбулаторной судебно-психиатрической экспертизой.*

Проведение амбулаторной экспертизы может быть рекомендовано и лицам с психическими отклонениями, не носящими характера психозов и слабоумия. В основном это — лица с наличием психопатии, хронического алкоголизма, остаточных явлений травм головного мозга или иных органических поражений центральной нервной системы, легких форм олигофрении. Такие лица обычно признаются вменяемыми и составляют наибольшее число среди направляемых на амбулаторную экспертизу. Если при амбулаторном освидетельствовании невозможно дать окончательное заключение, комиссия высказывается о необходимости стационарного наблюдения.

**Стационарная судебно-психиатрическая** экспертиза проводится в психоневрологических больницах, в психоневрологических клиниках, имеющих стационары. В некоторых психоневрологических больницах выделены специальные отделения судебно-психиатрической экспертизы. По окончании наблюдения и изучения всех данных, полученных за время пребывания испытуемого в стационаре, экспертная комиссия дает свое заключение. В учреждениях, производящих стационарную экспертизу, постоянные экспертные комиссии организуются в составе трех врачей: председателя, двух членов комиссии, один из них докладчик, проводивший постоянное наблюдение за испытуемым. В соответствии с Инструкцией о производстве судебно-психиатрической экспертизы срок стационарного наблюдения не должен превышать тридцати дней. В случае невозможности в указанное время вынести окончательное заключение о психическом состоянии лица экспертная комиссия выносит письменное мотивированное решение о необходимости продления срока испытания. Копия данного заключения направляется органу, назначившему экспертизу. Стационарной экспертизе обычно подвергаются лица, у которых трудно установить заболевание и его диагноз, а также нуждающиеся в лабораторных исследованиях.

На стационарную экспертизу в больницах может быть принято лицо только при наличии постановления следственных органов или определения суда о производстве экспертизы. Если направление на стационарную

экспертизу документально не оформлено или оформлено неправильно и нет медицинских показаний к немедленному приему испытуемого, администрация больницы может отказаться принять его. В ст. 149 УПК РУз указано: «Если по заключению судебно-медицинского эксперта или эксперта-психиатра возникает необходимость в длительном наблюдении или исследовании обвиняемого, следователь помещает его с санкции прокурора в соответствующее медицинское учреждение, о чем составляет постановление».

**Экспертиза в кабинете следователя** по своему характеру приближается к амбулаторной и производится обычно одним психиатром, вызываемым следователем в соответствии со ст. 183 УПК РУз. Подобное освидетельствование применяется довольно редко. Гораздо чаще психиатр дает советы следователям в порядке консультации. Заключение эксперта носит, как правило, не окончательный, а рекомендательный характер. Он может ответить на вопросы: есть ли основания для назначения судебно-психиатрической экспертизы, какие материалы необходимо представить эксперту, какие вопросы следует поставить на разрешение экспертизы. Если в деле уже имеется заключение экспертизы, следователь может предложить психиатру прокомментировать выводы эксперта, насколько они обоснованны. В случаях, когда эксперт, судя по психическому состоянию лица и по материалам дела, придет к выводу, что обвиняемый не нуждается ни в амбулаторной, ни в стационарной экспертизе, так как не обнаруживает признаков психического заболевания, он дает окончательное заключение.

**Экспертиза в судебном заседании** производится с соблюдением правил, предусмотренных ст. 183 УПК РУз. Она назначается, если в процессе судебного рассмотрения дела возникает вопрос о психической полноценности лица. Задача эксперта-психиатра на суде сводится к следующему. До начала судебного заседания он предварительно знакомится с материалами судебного дела, затем присутствует на судебном следствии при допросе обвиняемого, выслушивает показания участников процесса, задает им вопросы об обстоятельствах, имеющих значение для экспертизы. Затем суд и участники процесса ставят вопросы эксперту. При отсутствии затруднений эксперт дает окончательное заключение, в противном случае возникает надобность в направлении подэкспертного в психиатрическое учреждение. Чаще всего экспертов-психиатров вызывают в суд в отношении лиц, которые прошли судебно-психиатрическое освидетельствование, и когда имеющемуся заключению необходимо дать разъяснения.

Судебно-психиатрическая экспертиза в судебном заседании может производиться экспертом-психиатром единолично или комиссией в составе нескольких врачей-психиатров. После ознакомления с обстоятельствами дела и личностью испытуемого эксперт дает заключение в письменном виде, оглашает его в судебном заседании и отвечает на заданные в связи с его заключением вопросы. Экспертное заключение выносится в отношении обвиняемых, истцов, ответчиков, свидетелей, потерпевших, а также лиц, относительно которых решается вопрос об их дееспособности. При

невозможности дать ответы на вопросы, поставленные судом, эксперт выносит заключение о необходимости направления подэкспертного на стационарную экспертизу.

Эксперт-психиатр с разрешения суда вправе задавать вопросы свидетелям, потерпевшим, обвиняемому. На время освидетельствования подэкспертного в суде объявляется перерыв, и экспертиза проводится в отсутствие состава суда и участников процесса.

**Заочная экспертиза** проводится без личного освидетельствования подэкспертного на основании свидетельских показаний, медицинской документации, характеристик и отзывов (большое значение имеют письма, дневники, рукописи подэкспертного). Поэтому возможности этого вида экспертизы весьма ограничены. На заочную экспертизу может быть направлено судебное дело для решения вопроса о том, есть ли основания для назначения судебно-психиатрической экспертизы. Заочная экспертиза назначается в целях контроля и проверки правильности заключения экспертизы, подтвердившей или опровергнувшей наличие у обвиняемого временного расстройства психической деятельности в период совершения преступления, для установления начала и длительности течения психического заболевания, разъяснения ряда научных и теоретических вопросов. Заочную экспертизу невозможно провести без тщательно собранных, подробных, в том числе и медицинских, документов.

При заочной экспертизе экспертам предлагается определить, каково было состояние психического здоровья лица на определенном отрезке времени. Если возникла необходимость заочной экспертизы, следователь, проводя следственные действия, должен заострить внимание на собирании материала, характеризующего поведение лица, в хронологической последовательности. Особое значение имеют данные о состоянии лица непосредственно перед совершением преступления, в период его совершения и после. Помимо свидетелей по факту правонарушения необходимо допросить его родственников, сослуживцев, соседей.

**Посмертная экспертиза** также осуществляется только по материалам дела и является особенно трудной, так как нередко отсутствуют документы, характеризующие психическое состояние подэкспертного до смерти. Посмертная экспертиза назначается в отношении лиц, совершивших преступление и умерших до суда, при пересмотре приговора осужденного и умершего, психическое состояние которого вызвало сомнение у суда, а также лиц, покончивших жизнь самоубийством, когда не ясны причины самоубийства и предполагается, что оно явилось следствием психической болезни. Довольно часто посмертная экспертиза проводится по гражданским делам, связанным с оспариванием посмертного завещания или дарственного акта.

При проведении посмертной экспертизы органы расследования и дознания должны представить полные данные, касающиеся личности самоубийцы, его состояния здоровья, семейных взаимоотношений, содержания посмертных записок, ибо не всякое самоубийство является

следствием психической болезни. Известно, что самоубийство могут совершать не только психически больные, но и психически здоровые, полноценные люди по различным причинам.

В последние годы получила распространение **судебно-психиатрическая консультативная помощь** экспертов. Она не подменяет экспертного освидетельствования, однако имеет к нему непосредственное отношение. В ходе судебно-психиатрических консультаций экспертом могут быть даны рекомендации о назначении как первичной, так и повторной экспертизы, оценка уже проведенным экспертизам либо высказано отрицательное отношение к проведению судебно-психиатрических экспертиз.

Консультации бывают очными и заочными. Основная цель таких консультаций сводится к определению необходимости назначения судебно-психиатрической экспертизы. Так, на предварительном следствии может возникнуть вопрос: имеются ли основания для назначения судебно-психиатрической экспертизы, если да, то какую конкретно — стационарную или амбулаторную. Эти вопросы решаются в ходе судебно-психиатрической консультации. Кроме того, с ее помощью может быть предотвращено неоправданное направление лица на судебно-психиатрическую экспертизу, что важно как для следствия (сокращаются сроки расследования), так и для органов здравоохранения (разгружается работа экспертных комиссий).

На практике еще встречаются случаи назначения судебно-психиатрических экспертиз по утверждению подследственного о том, что его родственник страдал психическим заболеванием, либо о перенесенной травме головы, либо о пребывании на приеме в психоневрологическом диспансере, либо о том, что в момент совершения преступления находился в состоянии алкогольного опьянения и не давал себе отчета в своих действиях. Изучение уголовного дела, медицинских документов, показаний свидетелей и опрос подследственного, проведенные в порядке судебно-психиатрической консультации, выявляют защитный характер таких высказываний и, соответственно, необоснованность направления лица на судебно-психиатрическую экспертизу.

Большую помощь следователю может оказать судебно-психиатрическая консультация в подготовке необходимых материалов к проведению судебно-психиатрической экспертизы. Знакомясь с делом, эксперт-психиатр дает совет о получении конкретных медицинских документов, о допросе определенных лиц, могущих сообщить ценные сведения о психических особенностях подследственного.

Одним из видов судебно-психиатрических консультаций являются выводы судебного психиатра в ходе судебного разбирательства по вновь открывшимся обстоятельствам или в случае сомнения суда в обоснованности заключения судебно-психиатрической экспертной комиссии, ранее освидетельствовавшей подсудимого. В таких случаях суд обычно вызывает эксперта-психиатра, не участвовавшего в комиссионном освидетельствовании подэкспертного. Эксперт-психиатр в порядке

консультации может высказать мнение о целесообразности приобщения к делу предъявленных медицинских справок или рекомендовать суду о запросе каких-либо документов, могущих уточнить особенности психики подсудимого. В итоге консультативной деятельности эксперт-психиатр в суде предлагает провести первичную экспертизу (если она не назначалась) или повторную (освидетельствование в суде, амбулаторную или стационарную экспертизу).

Наиболее сложным видом судебно-психиатрических консультаций являются консультации, даваемые после вынесения судом приговора, но до вступления его в законную силу. Это может касаться лиц, осужденных к большим срокам или высшей мере наказания и признанных ранее виновными или совершивших особо опасные уголовные деяния и признанных невменяемыми. Подобные консультации назначаются высшими органами суда и прокуратуры и поручаются комиссии судебно-психиатрической экспертизы по сложным и спорным случаям при Министерстве Здравоохранения Республики Узбекистан.

Таким образом, судебно-психиатрические консультации способствуют своевременному и более полноценному проведению судебно-психиатрических экспертиз, предупреждают их назначение, если в том нет надобности, рационализируют использование возможностей экспертных комиссий, помогают судебно-следственным органам разобраться в полноте проведенных экспертиз, аргументированности данных заключений и в иных вопросах, требующих квалифицированного мнения специалиста о психическом здоровье лица, совершившего правонарушение, оказать судебно-следственным органам помощь в правильной формулировке вопросов, которые ставятся перед судебно-психиатрической экспертизой.

Когда для решения вопроса о психическом состоянии испытуемого необходимо компетентное суждение врачей других специальностей, органами, назначившими экспертизу, могут быть созданы комплексные **экспертные комиссии**. Такие экспертизы специально не регламентированы подзаконным актом, а являются порождением судебной практики. Например, комплексным психолого-психиатрическим экспертизам подвергаются обычно несовершеннолетние для установления так называемого умственного возраста, характера психической незрелости.

Для определения умственной отсталости несовершеннолетнего и выяснения вопроса, мог ли он полностью осознать значение своих действий и руководить ими, следует назначать экспертизу, производство которой может быть поручено специалистам в области детской и юношеской психологии (психолог, педагог), или данные вопросы могут быть поставлены на рассмотрение эксперта-психиатра, имеющего необходимые знания в области психологии.

Следует иметь в виду, что на такую экспертизу нельзя направлять лиц, страдающих олигофренией и другими органическими заболеваниями центральной нервной системы, так как при экспертной оценке этих больных следует руководствоваться ст. 173 УК РУз, в соответствии с которыми

решаются вопросы вменяемости и невменяемости. Экспертное заключение о невменяемости по существу предопределяет отсутствие необходимости в судебно-психологическом заключении. В этих случаях психологическое обследование используется не для определения соответствия умственного развития возрасту, а для уточнения глубины психических нарушений, свойственных олигофрении, и обоснования вменяемости либо невменяемости.

Судебно-психологическая экспертиза проводится в отношении подростков, обнаруживающих некоторую задержку психического развития, связанную как с условиями микросоциальной среды, так и с перенесенными соматическими заболеваниями, недостаточным питанием и некоторыми другими причинами.

Заключение комплексной психолого-психиатрической экспертизы может помочь суду понять некоторые особенности поведения и реакций несовершеннолетних правонарушителей. Это касается тех случаев, когда при отсутствии психического заболевания подросток в силу особенностей своего умственного развития (наивности суждений, незрелости аффективных реакций, недостаточности уровня обобщений и невозможности прогнозирования последствий своих действий) неполностью осознает противоправность и наказуемость своих действий и, следовательно, по своему психическому развитию не достиг возраста уголовной ответственности.

Постановка вопроса о соответствии умственного развития возрасту решается только в отношении несовершеннолетних лиц, привлеченных к уголовной ответственности. В случаях достижения испытуемым возраста совершеннолетия комплексные судебно-психиатрические и судебно-психологические комиссии неправомерно решать вопрос о их психическом возрасте.

Комплексная, психолого-психиатрическая экспертиза проводится комиссионно (в состав комиссии входят психологи и психиатры) и оформляется в виде комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы. Акт подписывают все члены комиссии, включая двух докладчиков — психолога и психиатра. В акте экспертизы вначале приводятся данные психиатрического обследования, структура которого общеизвестна. Затем — подробные данные психологического обследования с описанием методик и всего исследования в целом, так как отсутствие описания исследования лишает экспертное заключение доказательственной силы.

К одному из видов судебно-психиатрической экспертизы условно можно отнести и *военную экспертизу*, которая дает заключение не только о вменяемости подэкспертного, но и о годности его к военной службе. Следовательно, вопросы о вменяемости и годности к военной службе являются сопряженными.

Возможны следующие сочетания заключений о годности или негодности к военной службе и вменяемости или невменяемости, когда подэкспертный признается:

1) годным к военной службе и вменяемым в отношении инкриминируемого ему преступления как не страдающий нервно-психическим заболеванием;

2) не годным к военной службе и невменяемым в отношении инкриминируемого ему правонарушения (при наличии у военнослужащего, совершившего преступление, хронической или затяжной формы душевного заболевания, например, шизофрении);

3) не годным к военной службе, но вменяемым в отношении инкриминируемого ему преступления (такое заключение выносится, если совершивший преступление страдает душевным расстройством, например, психопатией или неврозом);

4) годным к военной службе, но невменяемым в отношении инкриминируемого ему правонарушения (такое заключение выносится относительно редко, когда правонарушение совершено в так называемом «исключительном состоянии», т. е. в состоянии быстро проходящего психического расстройства, возникшего у лица, до того совершенно здорового, например, в состоянии патологического опьянения). Право назначения военной судебно-психиатрической экспертизы принадлежит только судебно-следственным органам. Ходатайствовать о назначении экспертизы могут обвиняемый, его родственники, адвокат.

Военно-следственные органы прибегают к помощи эксперта-психиатра, когда устанавливают, что обвиняемый в прошлом болел психическим заболеванием, был контужен, находился в психиатрическом стационаре или под наблюдением диспансера. Определяется это тем, что следователь не только выясняет и исследует улики, но и собирает весь материал, характеризующий обвиняемого; изучает все обстоятельства как усиливающие, так и смягчающие степень и характер ответственности.

Военную судебно-психиатрическую экспертизу следует отличать от военно-врачебной экспертизы (ВВЭ), которая является самостоятельным разделом военной медицины, основная задача которой — защита армии от неполноценных в нервно-психическом отношении контингентов. Военно-врачебная экспертиза проводится специальными врачебными комиссиями (ВВК), которые и решают вопрос о пригодности к несению или продолжению военной службы.

### **Методика проведения судебно-психиатрической экспертизы**

Проведение экспертизы поручается постоянным судебно-психиатрическим комиссиям, работающим на базе психиатрических больниц или психоневрологических диспансеров. Состав комиссий утверждается приказом руководителя органа здравоохранения. Вместе с тем следователь и

суд могут сами назначить конкретных судебно-психиатрических экспертов в экспертную комиссию или поручить Министерству здравоохранения Республики Узбекистан образовать такую комиссию. Наиболее сложные и спорные судебно-психиатрические экспертизы проводятся специальной комиссией, утвержденной Министерством здравоохранения РУз. В состав судебно-психиатрической экспертной комиссии входит не менее трех экспертов-психиатров, один из которых является председателем, другой — докладчиком, третий — членом комиссии. При проведении сложных экспертиз число членов экспертной комиссии может быть увеличено. Вместе с тем в порядке исключения при отсутствии трех профессиональных психиатров-экспертов судебно-психиатрическая экспертиза может быть поручена двум и даже одному эксперту.

### ***Эксперт-психиатр, его права и обязанности***

Судебные психиатры имеют такие же права и обязанности, как и судебно-медицинские эксперты. Они имеют право:

- знакомиться со всеми материалами дела (с разрешения следователя и суда);
- несут ответственность за отказ или уклонение от проведения судебно-психиатрической экспертизы;
- отложить окончательное формулирование заключения, если им необходимо получить и проанализировать дополнительные материалы дела (свидетельские показания, характеристики с места жительства, работы, отбывания наказания);
- провести специальное обследование подэкспертного врачами других специальностей — хирургами, сексопатологами, венерологами. В таких случаях следствие или суд обязан обеспечить судебно-психиатрических экспертов необходимыми данными и консультациями.

Иногда для оценки состояния подэкспертного необходим опрос его родственников и друзей. На такую беседу эксперт должен получить разрешение следователя, а родственники в таких случаях должны быть вызваны к эксперту через судебно-следственные органы.

### ***Заключение судебно-психиатрической экспертизы и его оценка следственными органами***

Все действия судебно-психиатрической комиссии оформляются в виде акта экспертизы. Акт судебно-психиатрической экспертизы состоит из:

**введения**, в котором указывается формальная сторона экспертизы (постановление о назначении экспертизы, фамилия и должность назначившего экспертизу, основания для назначения экспертизы, указания о виде экспертизы и составе экспертов);

*специальной части*, где приводятся сведения из жизни подэкспертного, данные о возникновении и течении заболевания, результатах медицинского обследования;

*заключительной*, или *мотивировочной*, части, в которой делаются выводы и дается их обоснование. В заключении формулируется диагноз психического заболевания, делается вывод о вменяемости обследуемого или о его невменяемости с указанием одного из четырех признаков медицинского критерия невменяемости (психическое расстройство; временное психическое расстройство; слабоумие; иное болезненное состояние психики).

В случаях невменяемости обосновываются рекомендуемые медицинские мероприятия. Выводы судебно-психиатрической экспертизы должны быть определенными, конкретными и содержать ответы на поставленные вопросы.

При проведении судебно-психиатрической экспертизы могут вскрыться обстоятельства, о которых следствие не спрашивало экспертов. В таких случаях экспертная комиссия сама должна указать на эти обстоятельства. Например, при решении вопроса о вменяемости подозреваемого выясняется, что он болен хроническим алкоголизмом или наркоманией. Отвечая положительно на вопрос о вменяемости, комиссия сама указывает в заключении, что подэкспертный является наркоманом и к нему необходимо применить меры принудительного лечения. Если судебно-психиатрическая экспертная комиссия признало психически больного человека вменяемым, то в заключении следует указать, что суд имеет дело с человеком психически неполноценным.

Как и при судебно-медицинской экспертизе, заключение судебно-психиатрической экспертизы может быть принято или отвергнуто следствием или судом. В последнем случае суд или органы следствия должны письменно обосновать свой отказ учитывать мнение экспертов, указав конкретные причины. Такое мотивированное постановление суда может стать основанием и обоснованием для назначения повторной экспертизы.

### **Контрольные вопросы.**

1. Назовите основные задачи судебной психиатрии.
2. Что является основанием для назначения судебно-психиатрической экспертизы и ее организация?
3. Каковы права и обязанности экспертов?
4. Назовите виды судебно-психиатрической экспертизы.
5. Что такое заключение судебно-психиатрической экспертизы?

## ГЛАВА 2

### ПРОБЛЕМА НЕВМЕНЯЕМОСТИ

#### *Теория проблемы невменяемости*

В судебной психиатрии по научной и практической значимости проблема невменяемости является центральной, так как в соответствии с основными положениями уголовного права нести ответственность за совершенное преступление может лишь лицо вменяемое. Вменяемость является предпосылкой вины. В соответствии с этим невменяемое лицо не может быть субъектом преступления и нести уголовную ответственность. Совершенное им противоправное действие не может считаться преступлением, а представляет собой общественно опасное действие психически больного человека, к которому могут быть применены лишь меры медицинского характера. Таким образом, правильное понимание вменяемости и невменяемости способствует соблюдению законности.

Для обоснования невменяемости принципиальное значение имеет понимание расстройств психики как нарушения деятельности головного мозга с искаженным восприятием окружающей действительности. Это лишает больного возможности правильно понимать и оценивать свои поступки и регулировать свое поведение. Болезненные расстройства психики могут приводить к общественно опасным действиям, за которые больные не несут юридической ответственности. В судебной психиатрии проблема невменяемости является центральной по научной и практической значимости.

В соответствии с основными положениями уголовного права субъектом, ответственным за совершение преступления, может быть лишь вменяемое лицо; вменяемость является предпосылкой вины. Лицо, находящееся в состоянии невменяемости, не является субъектом преступления и не несет уголовной ответственности; совершенное им противоправное действие не может считаться преступлением, а представляет собой общественно опасное действие психически больного, к которому могут быть применены лишь меры медицинского характера. Правильная трактовка понятий вменяемости—невменяемости играет большую роль в соблюдении законности.

Для обоснования невменяемости принципиальное значение имеет понимание существа болезненных расстройств психики как нарушений отражательной деятельности головного мозга. При психическом заболевании болезненное, измененное отражение объективно существующей реальности лишает человека способности правильно понимать и оценивать совершаемые поступки, регулировать свое поведение. Болезненные расстройства психики могут приводить к нарушению сложных социальных отношений больного и

к общественно опасным неправильным действиям без юридической ответственности больного.

Необходимость определения вменяемости лиц, совершивших правонарушение и вызывающих сомнения в своем психическом состоянии, практически очевидна и для большинства зарубежных психиатров. Однако, по мнению некоторых из них, категория вменяемости—невменяемости лишена смысла, так как якобы отсутствует объективный критерий тяжести (глубины) психических расстройств. Различия во взглядах на проблему невменяемости и причины преступного поведения отражают различные методологические подходы к соотношению социального и биологического в детерминации поведения человека.

### **Формула невменяемости**

Условия невменяемости, которыми руководствуется суд и на основе которых строится судебно-психиатрическое заключение, определяются так называемой формулой невменяемости, данной в ст. 21. 18 УК РУз. Формула невменяемости имеет *юридический* и *медицинский* критерии.

Примечание [21]: Стр14

**Юридический критерий невменяемости** сформулирован в законе как невозможность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими. Таким образом, юридический критерий включает два признака: *интеллектуальный* (невозможность осознавать характер своих действий) и *волевой* (невозможность руководить своими действиями). Эти признаки отражают тяжесть болезненных расстройств психики, но оценку этой тяжести и глубины психических нарушений может дать только судебно-психиатрическая экспертиза, в основу заключения которой положен **медицинский критерий невменяемости**.

Медицинский критерий невменяемости включает 4 группы болезненных расстройств психики:

- хроническое психическое расстройство;
- временное психическое расстройство;
- слабоумие;
- иное болезненное состояние психики.

1-ю группу составляют прогрессирующие психические заболевания, приводящие к глубоким и стойким изменениям личности — шизофрения, старческое слабоумие, пресенильные психозы, органические поражения мозга при хронических заболеваниях, таких как сифилис, болезнь Альцгеймера и др.

Во 2-ю группу входят психические расстройства разной продолжительности, но заканчивающиеся выздоровлением — алкогольные

психозы в форме «белой горячки», алкогольного параноида, галлюциноза, патологического опьянения и др.

3-я группа объединяет разнообразные болезненные расстройства психики, сопровождающиеся снижением интеллекта, т.е. мышления, памяти, критики к себе и своим поступкам, необратимой деградацией личности или невозможностью адекватного существования в общественной среде. Сюда входят все психические расстройства, сопровождающиеся развитием слабоумия.

4-я группа включает состояния, которые не являются психическими заболеваниями, но характеризуются теми или иными нарушениями психики. К ним относятся психопатии, неврозы, некоторые случаи глухонемоты.

Отнесение болезни к тому или иному признаку медицинского критерия часто является условным и не имеет решающего значения для определения невменяемости (например, для суда не столь важно, было у обвиняемого хроническое или острое психическое расстройство), но правильная квалификация заболевания важна для его прогноза, а, следовательно, для определения мер медицинского характера. Применение медицинского критерия невменяемости при проведении судебно-психиатрической экспертизы позволяет распознать психическое заболевание, установить его форму и определить прогноз.

Судебно-психиатрическое понятие *вменяемости* предусматривает способность к правильному суждению, пониманию значения своих действий и возможность свободного выбора мотива своих поступков. Вменяемый должен понимать противоправность своих действий и прогнозировать их результаты. Между тем судебно-психиатрическая экспертиза не всегда имеет для оценки данные, четко отражающие медицинские и юридические критерии вменяемости и невменяемости и их совпадение. Так, например, при эпилепсии с редкими судорожными припадками и незначительными изменениями личности имеется медицинский критерий невменяемости, но при этом отсутствуют оба юридических критерия невменяемости — невозможность осознавать характер своих действий и невозможность руководить ими. В результате, несмотря на наличие медицинского критерия невменяемости 1-й группы, больной признается вменяемым. Невменяемость может наступить уже после совершения преступления, во время которого больной был, очевидно, вменяем. Однако на момент судебного заседания подсудимый не может оценить сам факт наказания и нести ответственность. В связи с этим, несмотря на отсутствие и медицинского, и юридического критериев невменяемости в момент совершения преступления, обвиняемый признается невменяемым и освобождается от уголовного преследования. Возможны и другие ситуации несовпадения критериев невменяемости, что делает судебно-психиатрическую экспертизу весьма сложной процедурой, так как эксперты в своем заключении должны учитывать не только медицинский, но и юридический аспект проблемы.

### ***Общественно опасные действия психически больных***

Взаимосвязь психических нарушений и опасных действий психически больных важна не только для психиатров, но и для юристов. Решение этого вопроса необходимо для понимания механизмов и болезненной мотивации опасных действий, для определения степени опасности больных, чтобы проводить профилактику их противоправных действий.

Наиболее важное значение в происхождении опасных действий, совершаемых больными, имеют бредовые идеи, импульсивные побуждения, повелительные галлюцинации, двигательное возбуждение. Они обуславливают агрессивные, общественно опасные действия больных — убийства, причинение вреда здоровью, хулиганство и др. Бредовые синдромы наиболее опасны. Может быть прямая бредовая мотивация поступка, включающая бредовую защиту, преследование мнимых врагов, месть и борьбу, а может быть косвенная мотивация, когда такая бредовая идея, как страх, тревога, опосредованно влияет на поступки больных. Наиболее опасные поступки совершаются при прямой бредовой мотивации.

Наряду с этим в ряде случаев невменяемости прямая причинно-следственная связь между симптомами болезни и поступками больных отсутствует. В происхождении опасных действий решающее значение имеет не сама болезнь, а какие-то внешние воздействия, отрицательно влияющие на течение психического заболевания. Выявление таких отрицательных влияний очень важно для последующего исключения их в процессе лечения и для определения самих мер медицинского характера. Определенное значение имеют особенности личности и поведение человека до развития у него психического заболевания. Отмечено, что люди, которые до болезни отличались антисоциальным поведением, во время развития у них психических нарушений более склонны к совершению опасных действий, чем те люди, поведение которых до болезни не вызывало нареканий. Антисоциальное поведение людей, отличавшихся таким поведением до болезни, сохраняется и во время ремиссий, т.е. периодов улучшения состояния здоровья.

Все это указывает на необходимость наблюдения за психически больными с целью предупреждения опасных действий с их стороны. Профилактика таких действий является проблемой не только психиатров, но и юристов, работников органов внутренних дел и прокуратуры. Такие больные нуждаются в своевременном лечении, а также в последующих мероприятиях по реабилитации и устранению условий, приводящих к опасным действиям. Предупреждение первичных общественно опасных действий сводится к своевременному выявлению таких больных, систематическому наблюдению за ними и лечению в психоневрологических диспансерах и психиатрических больницах. В настоящее время во всех психоневрологических диспансерах имеются картотеки больных с общественно опасными тенденциями.

Специальному учету подлежат те больные, кто ранее уже привлекался к уголовной ответственности или находились на принудительном лечении в

связи с опасными действиями, а также больные, уже подвергавшиеся неотложной госпитализации в связи с общественной опасностью. Все эти больные подлежат профилактическому осмотру не реже 1 раза в месяц. Надзор за такими больными помогают осуществлять органы милиции, которые должны своевременно информировать психиатра об изменениях в поведении больного. В профилактике опасных действий психически больных важен также запрет выписки их из психиатрических больниц на попечение родственников или опекунов, если больные могут представлять общественную опасность.

Весьма существенной мерой профилактики является *недобровольная* госпитализация психически больных, представляющих общественную опасность. Правовые основания такой госпитализации без согласия больного оговорены в законе РУз. Недобровольная госпитализация, согласно этому закону, осуществляется при тяжелом психическом расстройстве с одним из следующих трех признаков:

— непосредственная опасность для себя или окружающих, характеризующаяся враждебностью к окружающим, подозрительностью, агрессивностью;

— беспомощность, т.е. неспособность самостоятельно удовлетворять жизненные потребности;

— существенный вред здоровью вследствие ухудшения психического состояния, который будет углубляться, если больной останется без психиатрической помощи.

В необходимых случаях психически больной, состоящий под наблюдением психиатра, может быть недобровольно госпитализирован без согласия родственников или опекунов. Непосредственную госпитализацию осуществляют медицинские работники. В связи с возможностью агрессии со стороны больного и его родственников сотрудники милиции обязаны оказывать содействие медицинским работникам в обеспечении доступа к больному для его осмотра и в последующей транспортировке в больницу. Не подлежат недобровольной госпитализации люди, страдающие непсихотическими формами психических расстройств (психопаты с антисоциальным поведением, люди с последствиями черепно-мозговой травмы). Нельзя принудительно госпитализировать лиц, опасное поведение которых только вызывает подозрение на психическое расстройство. Такие лица должны быть сначала направлены на судебно-психиатрическую экспертизу для установления психического заболевания.

В соответствии с законом после недобровольной госпитализации в течение 48 ч больной должен быть освидетельствован врачебной комиссией с целью определения его психического состояния и правомерности примененных мер. Заключение о необходимости недобровольной госпитализации должно получить санкцию судьи, который обычно для этого выезжает в психиатрическую больницу. После этого больные должны быть в обязательном порядке переосвидетельствованы врачебной комиссией не реже 1 раза в месяц для продолжения стационарного лечения. Заключение об

этом через 6 мес вновь направляется в суд для получения санкции. В случае длительного лечения эта процедура проводится ежегодно.

### ***Медицинские меры в отношении лиц, признанных психически больными***

В соответствии с ч. 2 ст. 18 УК РУз уголовной ответственности не несет лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невменяемости. К нему по назначению суда могут быть применены принудительные меры медицинского характера. Как и уголовное наказание, они представляют собой меру государственного принуждения, но имеют существенные отличия. Наказание применяется к виновным в совершении преступления, а принудительные меры медицинского характера - к психически больным, совершившим общественно опасное деяние в силу своего психического расстройства. Меры медицинского характера лишены карательных признаков и не означают судимости. Лица, подвергнутые психиатрическому лечению, в отличие от осужденных не подлежат амнистии и не могут быть помилованы.

Примечание [22]: стр17

Больным, освобожденным судом от уголовной ответственности или наказания в связи с установленной невменяемостью, судом могут быть применены следующие виды принудительных мер медицинского характера:

- амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра;
- принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа;
- принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа;
- принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением.

Отмена принудительного лечения в случае такого изменения характера заболевания, при котором отпадает необходимость применения этих мер, санкционируется судом в соответствии со ст. 95 УК РУз. Вообще, согласно процессуальным нормам, при назначении и отмене принудительного лечения необходимо судебное разбирательство с обязательным участием прокурора и защитника для доказательства совершенного опасного действия и определения принудительного лечения. Судебно-психиатрическая комиссия лишь рекомендует принудительное лечение, но выбор вида этого лечения принадлежит суду. Этим гарантируется защита прав больного, так же как и периодическое врачебное освидетельствование его с целью выяснения вопроса о возможности отмены принудительного лечения. Следует подчеркнуть, что в соответствии с ч. 2 ст. 94 УК РУз принудительное лечение назначается только тогда, когда психическое расстройство больного может способствовать причинению существенного вреда себе или другим лицам.

Примечание [23]: стр18

Примечание [24]: стр18

Если такой опасности психически больной не представляет устанавливается возможность неприменения принудительного лечения. В этих случаях суд передает больного в органы здравоохранения, которые могут направить его в обычную психиатрическую больницу на общих

основаниях или под наблюдение психоневрологического диспансера. В случае отсутствия социальной опасности больной может быть выписан из психиатрической больницы вне зависимости от состава его бывшего деяния и без санкции суда. Эти варианты не являются принудительным лечением, но относятся к профилактике повторных общественно опасных действий больного. Лица, помещенные в психиатрическую больницу специализированного типа с интенсивным наблюдением, содержатся под усиленным надзором, который исключает повторное общественно опасное действие. Критериями для помещения больного в такую больницу являются тяжесть совершенного деяния в сочетании с тяжестью психического заболевания, а также повторность и многократность таких деяний. Однако главным критерием в рекомендации формы принудительного лечения является клиническая картина заболевания. Основными клиническими показателями для направления на принудительное лечение являются следующие.

**Галлюцинаторно-бредовые** синдромы у больных, поведение которых полностью подчинено бредовым переживаниям, с направленностью бредовых идей против конкретных лиц и явным влиянием галлюцинаций на поведение, и такие больные нуждаются в направлении в специализированную психиатрическую больницу с интенсивным наблюдением. Подобные синдромы наблюдаются при шизофрении, алкогольных психозах, эпилепсии, органических поражениях головного мозга.

**Синдромы помрачения сознания**, при которых возможны рецидивы с тяжелой агрессией, и таких больных необходимо направлять на принудительное лечение в специализированную психиатрическую больницу с интенсивным наблюдением, особенно при нарастающем слабоумии. Подобные синдромы наблюдаются при повторных сумеречных расстройствах сознания при эпилепсии и органических поражениях головного мозга.

**Психопатоподобные синдромы** с возбудимостью, несдержанностью, снижением критики, подчеркнутым пренебрежением к социальным нормам, трудностью реальной оценки ситуации, своих возможностей и способностей. Социальная опасность таких лиц усугубляется их склонностью к злоупотреблению алкоголем, наркотикам, участию в криминальных группах. При повторных общественно опасных действиях следует рекомендовать направлять больных в психиатрические больницы специализированного типа без интенсивного наблюдения.

**Синдромы, сопровождающиеся эмоционально-волевой и интеллектуальной недостаточностью.** Такая симптоматика наблюдается при шизофрении, врожденном и приобретенном слабоумии, органических заболеваниях головного мозга с преобладанием потери памяти и интеллекта и является показанием для помещения больных на принудительное лечение в психиатрические больницы общего типа.

Если психическое заболевание развилось у обвиняемого после правонарушения, но до вынесения приговора, то он подлежит направлению на принудительное лечение до выздоровления (ч. 1 ст. 251. 92 УК РУз). После

выздоровления он вновь может предстать перед судом и нести ответственность, так как само правонарушение было совершено в состоянии вменяемости. В этом случае показания к выбору вида принудительного лечения, а также к его отмене те же, что и для признанных невменяемыми. Если после совершения преступления у обвиняемого развилось хроническое психическое заболевание, то по результатам принудительного лечения должно быть составлено врачебное заключение, в котором обосновывается невозможность обвиняемого (подозреваемого) предстать перед следствием или судом, и к нему должны быть применены принудительные меры медицинского характера. Вид принудительного лечения определяется особенностями психического состояния больного.

### ***Профилактические мероприятия органов здравоохранения в отношении общественно опасных действий психически больных***

Предупреждение опасных действий психически больных является не только медицинской, но и серьезной социальной проблемой, в разрешении которой участвуют психиатры, юристы, работники органов Министерства внутренних дел и прокуратуры. В целях профилактики общественно опасных поступков нужны не только изоляция и лечение психически больных, но и последующие мероприятия по их социальной реадaptации и устранению факторов и условий, способствующих общественно опасным действиям.

Профилактика общественно опасных действий психически больных осуществляется в первую очередь системой психиатрической помощи при содействии органов милиции. Предупреждение первичных общественно опасных действий сводится к своевременному выявлению, систематическому наблюдению и лечению больных. Основной предпосылкой для этих мероприятий является широкая сеть психоневрологических диспансеров и стационаров.

Важное место занимают социальная реабилитация психически больных, их адекватное включение в общественную среду и трудоустройство. Во всех психоневрологических диспансерах, отделениях и кабинетах заведены картотеки на больных с общественно опасными тенденциями или действиями. Специальному учету в качестве социально опасных подлежат те, кто ранее привлекался к уголовной ответственности, находился на принудительном лечении в связи с совершенным опасным действием, больные, подвергавшиеся неотложной госпитализации в связи с общественной опасностью, а также впервые обнаруживающие общественно опасные тенденции по данным психиатрического наблюдения. За указанным контингентом больных предусматривается активное наблюдение с периодическим осмотром не реже одного раза в месяц.

Надзор за больными, состоящими на специальном учете, осуществляется совместно с органами милиции, которые должны информировать участкового психиатра об изменении состояния больного, алкогольных эксцессах. Существенным требованием действующей системы

профилактики является запрещение выписки больных из психиатрических стационаров на попечение родственников и опекунов, если больные представляют общественную опасность. Отказы родственникам и опекунам в просьбах о выписке больных оформляются специальным заключением врачебной комиссии.

Важной мерой профилактики является неотложная госпитализация психически больных, представляющих общественную опасность. Неотложная госпитализация определяется общественной опасностью больного, обусловленной особенностями его болезненного состояния.

При анализе причин неотложной госпитализации психически больных по признакам социальной опасности специалисты отмечают состояния, характеризующиеся враждебностью к окружающим, ажитацией и подозрительностью, а также агрессивные действия в анамнезе.

Для обеспечения правовых гарантий больных непсихотические формы психических аномалий не могут служить основанием для неотложной госпитализации (аффективные реакции и антисоциальные формы поведения у лиц с психопатическими чертами характера или нерезко выраженными последствиями травм мозга). Не подлежат госпитализации и такие лица, опасное поведение которых лишь вызывает подозрение на психическую болезнь, но она не является очевидной. При задержании органами охраны общественного порядка в связи с опасным для окружающих поведением эти лица подлежат направлению на экспертное судебно-психиатрическое освидетельствование в порядке, установленном уголовно-процессуальным законодательством.

В необходимых случаях психически больной, состоящий под наблюдением психиатров, может быть неотложно госпитализирован и без согласия родственников, опекунов или иных окружающих его лиц. Непосредственное осуществление госпитализации возлагается на медицинских работников по указанию тех психиатров, в обязанности которых входит помещение больных в психиатрические больницы. В районах, где отсутствуют специальные психиатрические учреждения, неотложную госпитализацию проводят врачи общемедицинской сети, обычно осуществляющие помощь психически больным. Учитывая возможность агрессии, угрожающей здоровью и жизни медицинских работников и других окружающих больного лиц, местные органы милиции обязаны оказывать содействие в неотложной госпитализации при обращении к ним медицинских работников, осуществляющих госпитализацию.

### **Контрольные вопросы.**

1. 1. Что означают понятия о вменяемости и невменяемости?
2. 2. Что такое формула невменяемости, ее юридический и медицинский критерии?
3. 3. Какие группы расстройств психики включает медицинский критерий невменяемости?

4. Какие принудительные меры медицинского характера могут быть применены к обвиняемому, признанному невменяемым?

5. Каковы основные признаки психических расстройств, являющиеся основанием для принудительного лечения?

6. Что служит показанием к отмене принудительного лечения?

## ГЛАВА 3

### СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА СВИДЕТЕЛЕЙ И ПОТЕРПЕВШИХ

Большое место уголовно-процессуальное право отводит показаниям свидетелей как одному из видов доказательств в процессе предварительного и судебного следствия. Обвинение и приговор зачастую основываются на свидетельских показаниях. В связи с такой важностью свидетельских показаний чрезвычайно ответственна оценка их достоверности. Непроизвольные ошибки свидетелей зависят от множества причин, влияющих на правильность восприятия и воспроизведения обстоятельств, интересующих суд и следствие. К таким причинам относится воздействие эмоций, нарушающее точность запечатления в памяти и последующего изложения событий. Имеют значение также внимание и память свидетеля. Стремление постичь особенности произвольных ошибок в таких условиях заставило изучать психологию свидетельских показаний.

Важна роль потерпевшего на следствии и суде, поскольку он по закону является одним из участников процесса. От него требуется не только излагать известные факты, он может толковать их, заявлять ходатайства, а также иметь другие права одной из сторон уголовного процесса. Свидетелями и потерпевшими могут оказаться заведомо психически больные или лица, психическая полноценность которых вызывает сомнение. В таких случаях работники суда и следствия назначают судебно-психиатрическую экспертизу для оценки психического состояния этих лиц и их способности давать показания.

Вопрос о достоверности показаний свидетелей не является компетенцией экспертов. Эксперт может оценить лишь *психический статус* человека. Наиболее правильно ставить вопрос перед экспертами в такой форме: «Страдает ли свидетель психическим заболеванием? Если страдает, то мог ли он правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и может ли давать о них правильные показания?». Такой вопрос концентрирует внимание на наличии психического заболевания, а не на особенностях и содержании показаний свидетеля.

Психически больной может быть единственным очевидцем происшедшего или потерпевшим. Участие психически больного свидетеля в судебном разбирательстве нецелесообразно, так как может неблагоприятно отразиться на состоянии больного. Кроме того, если показания такого свидетеля находят подтверждение в ряде других данных по делу, то эти показания уже не являются необходимым звеном в цепи доказательств. Главное— показания психически больного могут отражать патологические переживания, быть бредовым истолкованием происходивших событий. Такие показания могут иметь значительные искажения из-за повышенной внушаемости, нарушений памяти и интеллекта. Показания психически

больных свидетелей и потерпевших могут носить черты оговора и самоговора вследствие психических нарушений. Приведем пример оговора на почве бредовых переживаний.

*Обследуемая А. подала заявление в прокуратуру, что была изнасилована хирургом во время осмотра. Установлено, что А. больна шизофренией. При обследовании выявлены бредовые идеи любовного очарования, воздействия с выраженными кататоническими явлениями. Она на протяжении длительного периода «слышала голос» этого хирурга, разговаривала с ним, собиралась выйти замуж за него. Испытывала сенестопатические ощущения в области половых органов. На прием к врачу пришла беспричинно, непонятно вела себя во время осмотра: кокетничала, вздыхала, что-то бормотала.*

*Заключение: А. страдает психическим заболеванием (шизофрения), не может правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания.*

Реальное событие может получить патологическую интерпретацию, исключаящую в конечном счете возможность участия больного в следственных действиях. Оценить состояние ремиссии при шизофрении сложно. Здесь надо исходить из глубины и качества ремиссии, наличия или отсутствия патологических толкований, остаточного бреда. Больные шизофренией в стойкой ремиссии без выраженного дефекта обычно способны давать свидетельские показания. Вместе с тем следует избегать участия таких лиц в судебном разбирательстве, так как обстановка суда может быть для них излишне травмирующей.

Вопрос о возможности давать показания в случаях пограничных состояний является сложным. При психопатии со склонностью к фантазированию, травматических поражениях головного мозга и других подобных состояниях способность правильно воспринимать происходящие события и воспроизводить их обычно сохраняется.

Оценка психического состояния лиц с олигофренией, оказавшихся жертвами сексуальных правонарушений, сложна. Приходится учитывать степень интеллектуальной недостаточности и особенности эмоционально-волевых нарушений. Легкая дебильность при сохранении способности контролировать свои поступки обычно не препятствует даче показаний. Однако имеют значение эмоционально-волевые расстройства, сопутствующие основному дефекту. Дебильность со склонностью к фантазированию, лживости зачастую не позволяет дать заключение о возможности участия потерпевших в судебно-следственных действиях. Особенно это относится к дебильным личностям с расторможенностью сексуального влечения.

Если обследуемый имеет умеренно выраженную дебильность (средняя степень), то нужно уделять внимание повышенной внушаемости и подчиняемости. В этих случаях очень важен правильно построенный допрос на предварительном следствии. К сожалению, протоколы допросов, с которыми знакомятся эксперты, зачастую составлены так, что не удается

уловить, какие вопросы и в какой форме ставились перед свидетелем или потерпевшим, как формулировался вопрос. На освещение фактов влияет также присутствие на допросах родителей. Отношение родителей к делу, заинтересованность в его исходе отражаются на поведении потерпевшего.

Сложно оценить психическое состояние потерпевших, перенесших черепно-мозговую травму и дающих показания о моменте этой травмы. Вследствие потери сознания и ретроградной амнезии, сообщаемые ими сведения нередко бывают неверными. Впоследствии такие больные часто заполняют исчезнувший из памяти отрезок времени ложными воспоминаниями, домыслами на основании обстоятельств дела (со слов следователя, родных и знакомых) и сообщают эти искаженные сведения, искренне считая их истинными.

Для следствия важно установить период, о котором потерпевший не может давать правильные показания. Для решения такого вопроса необходимы тщательно собранные материалы о поведении и состоянии лица в момент нанесения травмы и непосредственно после нее. Объективные сведения нужно сопоставить с сообщением обследуемого на экспертизе. Вопрос о времени, с которого в показаниях могут отражаться болезненные проявления, нередко возникает в случаях реактивного психоза. Реактивное состояние может привести к искажению сведений, к оговору и самооговору. Обычно специального освидетельствования больных с реактивными состояниями по поводу их показаний не назначают или назначают крайне редко в отношении потерпевших с психогенным заболеванием, возникшим после происшествия.

У потерпевших по сексуальным делам нередко после изнасилования развивается реактивное состояние. Такая психическая травма и характерная клиническая картина дали основание для выделения так называемого синдрома травмы изнасилования в отдельный вариант психогенных состояний. Такие больные нуждаются в госпитализации. Чаще возникают более легкие, постепенно проходящие невротические расстройства: нарушения сна, кошмарные сновидения, страхи, астенические и соматовегетативные проявления. Эти состояния четко зависят от судебной-следственной ситуации. Повторные допросы, вызовы в судебное заседание приводят к ухудшению или рецидиву состояния. В отдельных случаях возможно формирование стойкого невротического развития личности.

Перед экспертизой в таких случаях ставятся вопросы о причинении потерпевшей психической болезни, что законом рассматривается как тяжкое телесное повреждение и влияет на юридическую квалификацию содеянного. При этом проводится комплексная судебная-медицинская и судебнопсихиатрическая экспертиза. Судебные психиатры отвечают на вопрос о связи психического расстройства у потерпевшей с психической травмой и о прогнозе болезненного состояния. При оценке тяжести повреждения судебные медики должны использовать категории, предусмотренные УК РФ (легкие, менее тяжкие, тяжкие телесные повреждения).

Потерпевшие дают сведения о криминальном действии до развития явных признаков реактивного состояния. Вместе с тем возможность рецидива или ухудшения психического состояния заставляет отметить в экспертном заключении нецелесообразность дальнейшего участия потерпевшей в судебно-следственных действиях.

Комплексная судебно-психиатрическая и судебно-медицинская экспертиза проводится и тогда, когда у потерпевшего развилось острое психотическое состояние в результате отравления (интоксикационный психоз), вызванного умышленным введением токсических веществ преступником с целью подавить способность к сопротивлению. При этом эксперты-психиатры решают вопрос о связи психоза с интоксикацией, а судебные медики—о тяжести повреждений, в частности об их опасности для жизни в момент возникновения болезненных расстройств.

Весьма трудной является судебно-психиатрическая экспертиза при так называемых беспомощных состояниях. Вопрос о беспомощном состоянии возникает преимущественно в отношении потерпевших по делам об изнасиловании. Под беспомощным состоянием потерпевшей подразумевается невозможность в силу физического или психического дефекта понимать характер и значение совершаемых с нею действий или оказывать сопротивление. Приводящими к беспомощности считаются расстройство душевной деятельности и иное болезненное либо бессознательное состояние, сильное опьянение.

Констатация «беспомощности» относится к компетенции юристов, как окончательное признание невменяемости—к компетенции суда. Эксперт может лишь ответить на вопросы о психическом состоянии потерпевшей в момент криминального действия. Выраженное слабоумие или психическое заболевание обычно установить нетрудно. Гораздо труднее ответить, могла ли потерпевшая в состоянии сильного опьянения осознавать действия обвиняемого и сопротивляться ему. В этих случаях чаще и назначается экспертиза потерпевших. При оценке беспомощного состояния потерпевшей не имеет значения, сама ли она привела себя в состояние опьянения или это произошло при побуждении другими лицами.

Такие физические признаки опьянения, как выраженные нарушения походки и речи, тошнота, рвота, последующий сон, являются объективными признаками отравления алкоголем. К ним относится и обычная в таких случаях амнезия. Большое значение имеют особенности поведения потерпевшей в это время, которые позволяют оценивать ее поступки как результат обусловленного интоксикацией изменения ориентировки в окружающем и оценки происходящих событий. К ним относятся несвойственная обычно потерпевшей расторможенность, сменяющаяся апатией, безразличием, безучастное отношение к совершаемым с нею действиям, отсутствие реакции на происшедшее и попыток скрыть признаки совершенного полового акта. Судебно-психиатрическая экспертиза свидетелей и потерпевших имеет специфические особенности, отличающие этот вид экспертизы от определения вменяемости и дееспособности.

### **Контрольные вопросы.**

1. 1. Что является основанием для назначения судебно-психиатрической экспертизы свидетелей и потерпевших?
2. 2. Какие вопросы ставятся перед судебно-психиатрической экспертизой свидетелей и потерпевших?
3. 3. Когда проводится комплексная судебно-психиатрическая и судебно-медицинская экспертиза?
4. 4. В чем заключается судебно-психиатрическая экспертиза «беспомощных состояний»?

## ГЛАВА 4

### СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ

#### *Понятие правоспособности, дееспособности, недееспособности*

Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе имеет весьма важное значение, поскольку направлена на защиту гражданских прав и интересов психически больных участников гражданского процесса. Этот вид освидетельствования в практике судебно-психиатрической экспертизы встречается реже, чем решение вопроса о вменяемости, но в последние годы его проводят в большем числе случаев. Неотъемлемой частью гражданского законодательства является вопрос о правоспособности. Согласно закону, правоспособность граждан рассматривается как их «способность иметь гражданские права и обязанности (гражданская правоспособность)», признается в равной мере за всеми гражданами с момента их рождения и сохраняется за ними на протяжении всей жизни вне зависимости от возможности осуществлять предоставленные законом права.

Содержание правоспособности регламентируется ст. 17 ГК РУз, которая гласит: «Граждане могут в соответствии с законом иметь имущество в личной собственности, право пользоваться жилыми помещениями и иным имуществом, наследовать и завещать имущество, избирать род занятий и место жительства, иметь права автора произведения науки, литературы и искусства, открытия, изобретения, рационализаторского предложения, а также иметь иные имущественные и личные неимущественные права». Понятие правоспособности тесно связано с понятием дееспособности. Под дееспособностью закон понимает «способность гражданина своими действиями приобретать гражданские права и создавать для себя гражданские обязанности» (ст. 22 ГК РУз).

Дееспособность возникает в полном объеме лишь по достижении совершеннолетия, т. е. с 18-летнего возраста. Связывая возникновение дееспособности в полном объеме с наступлением совершеннолетия, закон исходит из того, что к этому возрасту человек достигает психической зрелости и приобретает жизненный опыт, которые достаточны, чтобы правильно понимать и регулировать свои поступки. Если совершеннолетний гражданин вследствие болезненных нарушений психики лишается способности к правильному пониманию и регулированию своего поведения, то он вместе с тем лишается возможности самостоятельно осуществлять свои гражданские права и обязанности. Таким образом, дееспособность в качестве обязательной предпосылки предполагает такое психическое состояние субъекта, которое обеспечивает ему способность понимать значение своих действий и руководить ими. Психическое расстройство, исключая в ряде

Примечание [26]: стр26

Примечание [27]: стр26

случаев такую способность, указывает на отсутствие дееспособности. Критерии недееспособности психически больных определены в гражданском кодексе республики. В ст. 281. 30 ГК РУз говорится: «Гражданин, который вследствие душевной болезни или слабоумия не может понимать значения своих действий или руководить ими, может быть признан судом недееспособным». Многообразие психических заболеваний, различная степень и глубина нарушений психики при них обуславливают выделение медицинского и юридического критериев недееспособности.

Примечание [28]: стр27

**Медицинский критерий** объединяет в обобщенных понятиях «душевная болезнь» и «слабоумие», все формы встречающихся болезненных психических расстройств. «Душевная болезнь» включает самые различные по симптоматике и течению психические заболевания, приводящие к глубоким и стойким личностным изменениям. «Слабоумие» объединяет состояния глубокого обеднения всей психической деятельности. В обоих случаях возникает выраженное нарушение или невозможность социального приспособления.

**Юридический критерий** — неспособность понимать значения своих действий или руководить ими — определяет глубину (тяжесть) психического расстройства, которая лишает больного возможности самостоятельно осуществлять свои гражданские права и обязанности.

Для признания лица недееспособным необходимо совпадение медицинского критерия с юридическим. Последний и определяет собственно судебно-психиатрическую оценку. Таким образом, установление диагноза психического заболевания еще не является достаточным основанием для признания лица недееспособным. Решающее значение в этих случаях принадлежит степени и глубине психических расстройств, определяющих недееспособность психически больных, т. е. юридическому критерию. Лица, признанные недееспособными, не утрачивают своих прав на обладание имуществом, на его наследование по завещанию и т. п., но вступать в права наследования, дарить, продавать они могут лишь через посредство своего опекуна. Признание гражданина недееспособным осуществляется только судом в порядке, предусмотренном гражданским процессуальным кодексом РУз.

Согласно ст. 291 ГПК РУз, ходатайствовать перед судом о признании психически больного недееспособным могут члены его семьи, профсоюзные и общественные организации, прокурор, органы опеки и попечительства, психиатрические лечебные учреждения. В заявлении о признании гражданина недееспособным должны быть изложены обстоятельства, свидетельствующие о наличии у него психического расстройства, вследствие которого гражданин не может понимать значения своих действий и руководить ими. Дела данной категории рассматриваются с обязательным участием прокурора и органа опеки и попечительства. Вызов в судебное заседание самого больного определяется состоянием его здоровья (ст. 210. 294 ГПК РУз). Суд при наличии достаточных данных о психической болезни или слабоумии гражданина назначает для определения его психического

Примечание [29]: стр27

Примечание [210]: стр27

состояния судебно-психиатрическую экспертизу. В случае выздоровления или значительного улучшения психического состояния лица, признанного ранее недееспособным, суд признает его дееспособным. На основании решения суда отмечается ранее установленная над ним опека. Дело о признании лица дееспособным рассматривается судом по заявлению опекуна, а также лиц, государственных и общественных организаций, указанных в ст. 211.291 ГПК РУз, на основании соответствующего заключения судебно-психиатрической экспертизы (ст. 212.296 ГПК РУз).

Примечание [211]: стр28

Примечание [212]: стр28

Хотя дееспособность и недееспособность являются юридическими понятиями, установление психического состояния, допускающего либо исключающего способность гражданина собственными действиями исполнять гражданские обязанности и права, является прерогативой судебно-психиатрической экспертизы. В. П. Сербский определил понятие дееспособности как юридическую формулу, необходимую для обозначения известного душевного состояния, которое собственно и характеризует поведение гражданина в обществе.

Закон допускает ограничение гражданской дееспособности в области имущественных сделок и распоряжений для лиц, склонных к злоупотреблению спиртными напитками или наркотическими веществами и ставящих в связи с этим свою семью в тяжелое материальное положение (ст. 213.31 ГК РУз). На основании решения суда этим лицам назначается попечитель, без согласия которого они не могут совершать имущественные сделки, а также получать заработную плату, пенсию или иные виды доходов и распоряжаться ими. При прекращении этими лицами злоупотребления спиртными напитками или наркотическими веществами суд в соответствии со ст. 214.31 ГК РУз отменяет ограничение их дееспособности. На основании решения суда отменяется и установленное попечительство. Ограничивая дееспособность этой категории лиц, закон исходит не из психической болезни, а из материальных интересов их семей. Эти лица не подлежат судебно-психиатрической экспертизе, так как не являются психически больными.

Примечание [213]: стр28

Примечание [214]: стр28

### ***Различие недееспособности и невменяемости***

Психиатру-эксперту важно знать, что хотя понятия недееспособности и невменяемости имеют много общего, отождествлять их нельзя. На это в свое время указывал В. П. Сербский, подчеркивая, что дееспособность и способность к вменению не вполне идентичны. На практике критерии невменяемости и недееспособности часто совпадают, но нельзя считать, что всякое невменяемое лицо является недееспособным, и наоборот. Различия этих понятий заключаются в следующем.

Из ст. 215.18 УК РУз и ст. 216.30 ГК РУз прежде всего видно различие в содержании медицинского критерия этих понятий. Так, медицинский критерий ст. 217.30 ГК РУз не включает категорию «временного расстройства душевной деятельности», приведенного в ст. 18 <sup>218</sup>УК РУз, поскольку в

Примечание [215]: 1

Примечание [216]: 2

Примечание [217]: 2

Примечание [218]: 1

отличие от вменяемости дееспособность связана со способностью к планомерной рассудительной деятельности на протяжении более или менее длительного времени, а вменяемость всегда относится к какому-либо конкретному деянию, которое иногда может быть совершено в течение очень короткого отрезка времени.

При решении вопроса о вменяемости в уголовном процессе психиатр-эксперт оценивает психическое состояние лица ретроспективно, т. е. в момент совершения преступления. По делам о признании лица недееспособным оценивается его психическое состояние в настоящем и будущем. Психическое заболевание с явно неблагоприятным прогнозом дает основание предполагать недееспособность больного в будущем и его невменяемость при совершении общественно опасного действия. Недееспособность чаще совпадает с невменяемостью при хронических психических заболеваниях, влекущих за собой стойкие и выраженные изменения психической деятельности (шизофрения, прогрессивный паралич, старческие психозы). Временное расстройство психической деятельности (реактивные, интоксикационные, соматогенные и другие психозы) не исключает дееспособности, хотя больной, совершивший в этот момент уголовно наказуемое деяние, является невменяемым. Невменяемость не совпадает с недееспособностью при обострении заболевания с благоприятным прогнозом. В период обострения заболевания лицо, совершившее общественно опасное действие, признается невменяемым. Однако способность выполнять свои гражданские права и нести гражданские обязанности в будущем может у больного сохраняться. В последнем случае для вынесения экспертного заключения существенную роль играет оценка не характера и глубины обострения психоза, а обычного свойственного больному состояния в период стойкой ремиссии и определение выраженности дефекта, поэтому от заключения о недееспособности в период острого психоза в таких случаях следует воздержаться.

Вынося заключение о невменяемости обследуемого, эксперт обязан указать, какие меры медицинского характера необходимо применить к нему в зависимости от его социальной опасности для общества. Гражданское законодательство не предусматривает применение медицинских мер к истцам и ответчикам. Однако если кто-либо из них в связи с острым психотическим состоянием представляет общественную опасность, то эксперты обязаны указать в своем заключении на необходимость его неотложной госпитализации. Помещение в психиатрическую больницу в подобных случаях осуществляется районным психиатром по месту жительства больного.

### ***Виды судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе***

Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе может проводиться в стационаре, амбулаторно, в суде, заочно и посмертно.

*Заочную экспертизу* назначают тогда, когда обследуемый вследствие тяжелого соматического страдания или дальности расстояния не может прибыть на экспертизу. Однако при недостаточной ясности вопроса эксперт может настаивать на личном освидетельствовании подэкспертного. В редких случаях, при тяжелом физическом недуге обследуемого, эксперт может выехать в соматическую больницу или на дом.

Наиболее трудна и сложна для эксперта ***посмертная судебно-психиатрическая экспертиза***, связанная с определением психического состояния лица в момент заключения им какой-либо сделки (завещание, дарственная запись). Трудность такой экспертизы значительно усугубляется тем, что по гражданским делам предварительного следствия не ведется. Отсутствие в гражданском деле достаточных материалов, характеризующих личность покойного, даст эксперту основание настаивать на предоставлении ему всей необходимой для этого документации (личная переписка больного, характеристики с места жительства и работы, медицинские справки, истории болезни и другие документы, имеющие значение для дела). Изучение свидетельских показаний в сопоставлении с медицинской документацией может позволить научно обосновать выводы о психическом состоянии подэкспертного. Противоречивость свидетельских показаний, нередко исключающих друг друга, может повлечь необходимость участия экспертов в судебном заседании. Это особенно важно в тех случаях, когда речь идет о завещательных и других имущественных актах. Личный опрос свидетелей о поведении завещателя в период времени, относящийся к оформлению документа, о его взаимоотношениях с родными и другими представителями сторон, об имевшихся психических нарушениях способствует выявлению истинной природы заболевания, глубины и выраженности патологических нарушений, если они имелись.

Противоречивость свидетельских показаний имеет самые разнообразные причины. Некоторые формы психических расстройств начинаются исподволь, протекают без выраженной психопатологической симптоматики, в связи с чем не привлекают к себе внимания окружающих. Иногда больные склонны к диссимуляции бредовых идей, которые в связи с этим долго не распознаются окружающими и не замечаются даже близкими родственниками. Отмеченные особенности следует строго учитывать при проведении экспертиз. Очень важно увязывать между собой показания разных свидетелей и сопоставлять их с медицинской документацией. Если приведенные свидетелями симптомы разнообразны, пестры и не отражают в совокупности ту или иную форму психического заболевания, то их следует брать под сомнение. Надлежит помнить, что эксперт может оценивать представленные ему материалы только с позиций своих специальных познаний. Эксперт не вправе касаться вопросов правдивости или ложности, достоверности или недостоверности показаний или сведений, содержащихся в документах.

### **Контрольные вопросы.**

1. 1. Что такое «дееспособность»?
2. 2. Каковы критерии «недееспособности»?
3. 3. В чем заключается разница понятий «недееспособность» и «невменяемость»?
4. 4. Назовите виды судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе.

## ГЛАВА 5

### ОСОБЕННОСТИ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Подростковая психиатрия в настоящее время приобретает все большую автономию, но пока находится в процессе становления, многие ее теоретические и организационные вопросы окончательно не решены. Выделение данного раздела психиатрии продиктовано насущными потребностями практики (социально-педагогические проблемы подростково-юношеского возраста) и обосновано теоретическими и клиническими разработками. Подростковая психиатрия изучает специфику психических расстройств в период пубертата, что соответствует возрасту 12—18 лет.

С юридической точки зрения лица моложе 18 лет в нашей республике считаются несовершеннолетними. Подростки 14—16 лет привлекаются к уголовной ответственности лишь за тяжкие преступления; лицам 16—18 лет могут быть инкриминированы все статьи УК, но при небольшой общественной опасности криминальных поступков к ним применяются принудительно-воспитательные меры в специальных воспитательно-трудовых учреждениях. Указанное правовое положение несовершеннолетних связано главным образом с их естественной возрастной психической и социальной незрелостью, определяющей недостаточность правовых знаний и умения ими пользоваться, незрелостью волевых функций и недостаточной сформированностью критических способностей. Одна из основных особенностей психических расстройств в подростковом возрасте состоит в резком преобладании в клинической картине патологических проявлений.

В результате клиническая картина оказывается полиморфной и нозологически нейтральной. Кроме того, выраженные нарушения поведения могут полностью маскировать психические расстройства. Правильное представление о клинике конкретных нозологических форм возможно лишь при условии изучения тех синдромальных характеристик, которые преимущественны для подросткового возраста, могут наблюдаться в рамках любого психического заболевания, т. е. являются изоморфными.

**Синдром психического инфантилизма** занимает особое положение, так как встречается часто. При пубертатном кризе психический инфантилизм выступает в виде 2 вариантов: 1) инфантилизм обнаруживается с детства, а в период пубертата проявляется как этап возрастной динамики; 2) инфантилизм выявляется в период пубертата в результате асинхронного протекания психобиологического созревания.

Среди форм инфантилизма, обусловленного социопсихологическими факторами, известны описания «инфантилизованного характера» и «синдрома единственного ребенка», в основе которых лежат неправильное воспитание по типу «кумира семьи» и гиперопека. Знание клинических

форм инфантилизма необходимо при решении вопроса о соответствии уровня психического развития паспортному возрасту. Этот вопрос нередко ставится перед судебными психиатрами, если у подростка есть признаки задержанного развития и назначается комплексная психолого-психиатрическая экспертиза. При разработке показаний к назначению такой экспертизы следует учитывать, что самостоятельное судебно-психиатрическое значение могут иметь только такие формы инфантилизма, которые практически исчерпывают клиническую картину, а другие проявления психической аномальности или не выражены, или отсутствуют.

Показателями глубины психической незрелости (критерии невменяемости) являются: задержка созревания всех сфер психики, выраженная внушаемость и подражательность, слабость интеллектуального и волевого контроля, инфантильность мотивации, отсутствие борьбы мотивов при принятии решения, нарушение способности к прогнозированию, критике, неуправляемость поведения.

**Синдром фантазирования** тесно связан с психической незрелостью. Нозологически он неспецифичен, неоднороден по структуре, механизмам возникновения, клинической и возрастной динамике, может занимать центральное место в клинической картине или быть лишь ее компонентом.

Необходимость изучения фантазирования связана с существованием его патологических форм и с возможностью криминальных действий под влиянием вымыслов. Одним из вариантов психогенного фантазирования у подростков является «инфантильная фантастическая мания». Она проявляется в нелепых фантазиях с элементами конфабуляций на фоне экзальтированного настроения и выраженной переоценки своих возможностей.

В судебно-психиатрической клинике наиболее часто встречаются сверхценное фантазирование, стремление к самоутверждению, сверхценные неприязнь и привязанности, сверхценные идеи мести у эпилептоидов и страх мести у подростков, переживших реальную угрозу для жизни, идеи чужих родителей и сиротства, сверхценные увлечения, идеи убийства, дисморфофобии, идеи неполноценности и переоценки своих возможностей. Важными особенностями сверхценных образований в подростковом возрасте являются частота сочетаний разных вариантов и выраженная тенденция к их реализации (убийства, повторные поджоги, угоны транспортных средств).

**Особенности поведения** в подростковом возрасте следует анализировать не только с точки зрения трудностей содержания несовершеннолетних в закрытых учреждениях, но и для правильной клинической, диагностической и экспертной квалификации психического состояния в целом. Формы нарушенного поведения разнообразны, но тесно зависят от выраженности и особенностей психической незрелости, типа искаженного психологического криза созревания, содержания ведущего синдрома.

Судебно-психиатрическая оценка отдельных нозологических форм у подростков имеет свои возрастные особенности клиники. Психиатры-

эксперты чаще наблюдают ранние резидуально-органические состояния, затем психопатии, шизофрению, олигофрению, реактивные состояния, инфантилизм и реже других—эпилепсию и подростково-юношеском возрасте.

**Психопатии.** Для правильной диагностики психических расстройств в подростковом возрасте особое значение приобретает изучение психопатий в связи с частотой психопатоподобного оформления практически любого психического заболевания. Основу психопатии составляют стойкие личностные нарушения, формирующиеся с детства и обычно заканчивающие свое становление к концу пубертатного периода. Становление психопатий в детском и подростковом возрасте подчинено определенным закономерностям и проходит 3 этапа (начальных проявлений, структурирования, завершения формирования), возрастные границы и клинические характеристики которых зависят от генетической группы и клинических вариантов.

Констатация психопатии у подростка еще не дает основания для заключения о невменяемости. Психопатические особенности затрудняют регуляцию поведения, но обычно не исключают ее полностью. Невменяемыми признаются только подростки с глубокими изменениями личности: выраженной психической незрелостью, резко очерченной дисгармоничностью психики, некорригируемостью поведения, тотальной дезадаптацией и практической беспомощностью, стойкой склонностью к спонтанным утяжелениям психопатической симптоматики, к частым психопатическим декомпенсациям, а также патологическим характером кризисной симптоматики и недостаточностью критических способностей. Такая глубина психопатии исключает возможность отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими.

**Органические поражения головного мозга** в судебно-психиатрической клинике представлены в основном ранними резидуально-органическими состояниями сложного генеза (инфекции, травмы). Клиника резидуально-органических состояний в подростковом возрасте разнообразна, но наиболее часто встречаются органические психопатии и психопатоподобные состояния. При психопатоподобных состояниях органический дефект чаще состоит в нерезкой задержке умственного развития, некотором снижении памяти, внимания, побуждений, моторном беспокойстве, обедненности высших эмоций. Частыми симптомами являются стойкий энурез, частая головная боль, головокружения, обмороки, склонность к судорогам, непереносимость духоты, езды в транспорте.

**Психогенные расстройства.** Клиническая картина психогенных реакций у подростков значительно элементарнее, чем у взрослых. Острые реактивные психозы редки, как редки и выраженные патологические реакции на судебную ситуацию, что, по-видимому, связано с социальной незрелостью, недостаточно глубоким осмысливанием таких сложных ситуаций, как арест, социальная изоляция. Аффективные расстройства, которые занимают основное место в клинической картине психогенных

реакций, очень часто завуалированы. Значительное своеобразие представляют психогенные состояния, возникающие у подростков в ответ на удлиненную психотравмирующую ситуацию.

Особого внимания заслуживает клиническое оформление депрессий, наблюдающихся у подростков в судебно-психиатрическом стационаре. В этих случаях обращает на себя внимание скудность жалоб, которые ограничиваются высказываниями о частичной бессоннице, головной боли или соматическом недомогании. Подростки с грубо нарушенным поведением до привлечения к ответственности становятся в дальнейшем тихими, незаметными.

**Шизофрения.** Распознавание шизофрении у подростков представляет очень большие трудности. При оформлении клинической картины иногда лишь отдельные симптомы заставляют заподозрить шизофренический процесс. В некоторых случаях обращают на себя внимание безмотивность, импульсивность правонарушений, отсутствие адекватной реакции на совершенное или нелепая мотивация своих поступков, хотя нередко при ближайшем рассмотрении это получает понятное объяснение. Поскольку шизофрения часто начинается в детском возрасте, при изучении анамнеза подростка следует обращать внимание на диффузные безмотивные и беспредметные страхи в прошлом, ранние беспричинные расстройства настроения с преобладанием тревоги или вялости, безразличия к окружающему (залеживается в постели, не причесывается, не умывается, отказывается от пищи), а также на проявления холодности и неприязни к родителям с убеждением, что они неродные, мало мотивированные изменения поведения с исчезновением интереса к учебе, прежним увлечениям, возникновением не свойственных ранее склонностей, совершением неожиданных поступков.

Нарастание указанных выше явлений, а также склонности к нелепым абстрактным построениям с оторванностью от реальности, учащение приступов вялости и безразличия, упорный отказ от учебы, приобретения профессии, неспособность к какой-либо продуктивной деятельности, безмотивное и длительное бродяжничество, резкое усиление негативизма, внушаемости, постепенная стереотипизация облика подростка вместо расцветивания «индивидуальности» отличают психопатоподобную шизофрению у подростков от формирующихся психопатий.

**Олигофрении** имеют существенное значение в судебно-психиатрической клинике подросткового возраста, поскольку объединяют состояния психического недоразвития. В практике экспертизы несовершеннолетних в основном встречается олигофрения в степени дебильности. Чаще такие больные бывают пассивными правонарушителями, их используют для своих целей либо взрослые, либо старшие подростки. При судебно-психиатрической экспертизе подростков, страдающих олигофренией, необходимо учитывать не только глубину интеллектуального дефекта (дебильный подросток, зная общеизвестные законодательные нормы, часто не понимает более сложных ситуаций: нельзя воровать, но

можно спрятать украденное другими), но и состояние эмоционально-волевой сферы. При этом показателями невменяемости являются снижение интеллекта, повышенная внушаемость, неспособность соизмерять и корректировать свои аффективные побуждения и поведение, неумение ориентироваться в конкретной ситуации и адаптироваться в ней, нецеленаправленность в поступках.

**Алкоголизм** занимает особое место при экспертизе несовершеннолетних. Его значение определяется прежде всего тем, что каждый четвертый поступивший на экспертизу подросток совершает правонарушение в состоянии алкогольного опьянения. Сложившийся алкоголизм наблюдается редко, обычно речь идет о ранних стадиях его становления. Кроме того, лишь в отдельных случаях ранний алкоголизм возникает только по социальным механизмам. Характерными особенностями алкоголизма в этих случаях являются быстрое формирование влечения к алкоголю, массивные и частые алкогольные эксцессы с приемом наркотических доз и ранним появлением амнестических форм опьянения, отсутствие интеллектуального и волевого контроля, чрезвычайно быстрое формирование алкоголизма (1—3 года) и типичных изменений личности, утяжеляющее влияние на клинику и динамику основного заболевания, облегчение реализации патологических переживаний в виде общественно опасных действий в состоянии алкогольного опьянения. Все это определяет важность знания юношеского алкоголизма и осложненных им форм психических расстройств. Атипичность клинической картины алкоголизма у подростков, связанная с преобладанием его начальных стадий, патологической почвы, определяет особенности экспертного подхода при назначении принудительного лечения на начальных стадиях.

Для судебно-психиатрической экспертизы несовершеннолетних исключительно важно иметь представление о клиническом содержании **критериев невменяемости**, поскольку 98% обследуемых составляют подростки, находящиеся под следствием, а также в связи с тем, что в большинстве случаев вменяемость определяется по степени психических нарушений. Последнее обстоятельство определяет исключительное преобладание в практике экспертизы несовершеннолетних подростков с психическими нарушениями пограничного уровня.

Первичная профилактика антисоциального поведения несовершеннолетних должна начинаться с самого детства и также осуществляться комплексно (педагогический, социальный и собственно медицинский аспекты). Основное значение имеют нормализация воспитания в семье, своевременное выявление и лечение психической аномальности, коррекция нарушений поведения, создание условий для обучения и трудоустройства.

### **Контрольные вопросы.**

1. 1. Назовите критерии невменяемости при синдроме психического инфантилизма.
2. 2. Каковы особенности синдрома фантазирования несовершеннолетних?
3. 3. В чем заключаются особенности поведения в подростковом возрасте?
4. 4. Дайте характеристику особенностям клиники психопатий, психогенных расстройств у подростков.
5. 5. Назовите показатели невменяемости при олигофрении у подростков.

## РАЗДЕЛ ВТОРОЙ ЧАСТНАЯ СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ

### ГЛАВА 6

#### ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ИХ ХАРАКТЕРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

##### *Причины психических заболеваний*

**Психические заболевания** - это результат сложных нарушений различных систем организма, проявляющихся в изменении психики человека. Однако причины психических заболеваний могут быть связаны с разнообразными патологическими процессами в органах и тканях, от генетических нарушений до травматических повреждений головного мозга, а потому они весьма многообразны.

**Патологическая наследственность** имеет большое значение в возникновении многих психических болезней. Вместе с тем прямая передача потомкам признаков психических болезней встречается относительно редко. Вместе с тем ярким примером такой прямой наследственной передачи патологических признаков, связанных с дефектом определенных генов, является олигофрения (слабоумие). Риск заболевания потомков возрастает по признаку близости родства, а также наличия дефектных генов не у одного, а у обоих родителей. Возможность передачи дефектных генетических признаков детям возрастает и тогда, когда родители злоупотребляют алкоголем, наркотиками, когда они подвергаются воздействию производственных вредностей. Особенно опасно употребление алкоголя и наркотиков женщиной во время беременности, так как риск рождения умственно отсталых детей в таких случаях достаточно высок.

**Острые и хронические отравления и инфекционные болезни** нередко могут стать причиной различных психозов. Психические расстройства возникают и при употреблении различных наркотиков (морфий, гашиш, ЛСД). Расстройства психики развиваются и при хроническом отравлении промышленными ядами, а также лекарствами. Разнообразные психозы и психические заболевания могут развиваться при ряде инфекционных болезней, особенно связанных с непосредственным поражением головного мозга и его оболочек (энцефалит, менингит, сыпной тиф).

**Травматические повреждения** головного мозга - сотрясение, ушиб, ранение, контузии - также могут сопровождаться развитием психических расстройств. При некоторых общих заболеваниях, таких как атеросклероз, развиваются так называемые старческие психозы, связанные с недостаточным снабжением кровью головного мозга и атрофией его ткани.

Психические расстройства появляются и после кровоизлияний в мозг при атеросклерозе, гипертонической болезни.

**Психические травмы** нередко обуславливают психические заболевания. Такие травмы могут быть внезапными, острыми и длительными, или хроническими. Острая травма обычно обусловлена угрозой жизни или здоровью человека или его близких. Хроническая психическая травма проявляется в длительном унижении чести и достоинства человека, его социального престижа. Все указанные причины реализуются в определенных условиях. Условиями, способствующими реализации причины психического расстройства, может быть ослабление организма в результате длительного и тяжелого заболевания, недостаточного питания, длительной бессонницы, каких-либо отравлений.

Течение психических заболеваний и психическое состояние больных постоянно меняются. Выраженность и скорость изменения картины болезни имеют большое значение для судебно-психиатрической экспертизы, так как психическое состояние подэкспертного может быть различным в момент правонарушения, в период следствия и во время проведения экспертизы. Учитывая особенности течения болезни, эксперты должны прогнозировать состояние больного в дальнейшем для определения мер медицинского характера по отношению к подсудимому или осужденному. Некоторые психические заболевания развиваются и заканчиваются быстро. Примером могут служить алкогольные психозы, в частности «белая горячка», а также реактивные психозы, возникающие при различных инфекциях с тяжелой интоксикацией организма или появляющиеся в результате острой психической травмы (в связи с предстоящей операцией).

Хроническое течение психического заболевания проходит несколько стадий. Психические болезни прогрессируют медленно или быстро, непрерывно или в виде приступов, но обычно так или иначе формируется дефект психики, часто заканчивающийся слабоумием. Однако, даже если слабоумие не выражено, постепенно происходит изменение личности и характера больного. Вместе с тем трудоспособность и достаточно правильное поведение больного могут сохраняться довольно долго.

При многих психических болезнях имеются периоды улучшения — *ремиссии*, которые могут длиться от нескольких недель до нескольких лет. Вместе с тем не все психические расстройства неуклонно прогрессируют. Такие заболевания и болезненные нарушения психики, как олигофрения, психопатии, последствия травм головного мозга, не прогрессируют. Для того, чтобы ответить на вопросы следствия или суда, необходимо прежде всего поставить диагноз психического заболевания и определить тяжесть (глубину) психического расстройства. Для этого проводится клиническое обследование больного. Это сугубо медицинский и очень сложный процесс, требующий специальных знаний, которыми обладает врач-психиатр.

## ***Симптомы и симптомокомплексы психических заболеваний***

Признак патологического состояния или болезни называется ***симптомом***, а группа характерных для определенного заболевания симптомов называется ***синдромом***. Психические болезни, так же как и другие заболевания, проявляются в симптомах и синдромах, отражающих в данном случае нарушения процессов мышления, восприятия окружающего и самого себя, воли, влечения, памяти. Симптомы и синдромы психических расстройств специфичны, в том или ином сочетании типичны для многих нарушений психики, поэтому необходимо понимать их сущность.

### **Расстройства восприятий**

**Иллюзии** - ошибочное восприятие зрением или слухом реально существующих предметов или явлений. *Зрительные иллюзии* могут быть простыми по проявлениям и обыденными по содержанию. Например, всякая одежда зрительно воспринимается как фигура человека, печь или скамейка воспринимается как животное и т.п. Зрительные иллюзии обычно появляются при плохом освещении у человека в состоянии тревоги. Сложные, фантастические, образные зрительные иллюзии называются *парейдолиями*. При этом, например, окружающие предметы воспринимаются как огромные фантастические существа. Рисунки на обоях или изображения на картинах оживают и превращаются в сцены каких-то событий. Парейдолии обычно возникают в состоянии резкой тревоги, страха, а иногда предшествуют помрачению сознания.

*Слуховые иллюзии* могут быть элементарными, когда в шуме дождя или работающего механизма больной слышит шепот, отдельные звуки воспринимает как выстрелы. При вербальных (словесных) иллюзиях в чужом разговоре больные слышат отдельные слова или целые фразы угрожающего или осуждающего содержания. Вербальные иллюзии обычно возникают на фоне выраженной тревоги, подозрительности. Однако при слуховых иллюзиях всегда имеется реальный раздражитель, который болезненно воспринимается.

**Галлюцинации** - это нарушения восприятия окружающего мира, возникающий без реального предмета или явления. Галлюцинации весьма многочисленны, но их можно разделить на несколько групп.

*Зрительные галлюцинации*, или видения, могут не иметь какой-то отчетливой формы (искры, вспышки, пятна). Это простые зрительные галлюцинации, или *фотопсии*. Зрительные галлюцинации могут быть сложными, представлять собой целые сцены или действия, которые больной видит в мельчайших деталях. Галлюцинации могут быть бесцветными или цветными, неподвижными или движущимися, персонажи галлюцинаций могут иметь обычный размер либо быть увеличенными или уменьшенными. Если видения быстро сменяют друг друга, как в кино, их называют *кинематографическими*. Галлюцинации обычно сопровождаются тревогой,

страхом, напряжением, порой яростью, но вместе с тем иногда у больного преобладает любопытство к видениям. Зрительные галлюцинации чаще появляются к вечеру и ночью на фоне помрачения сознания.

*Слуховые галлюцинации* могут быть элементарными, неречевыми, когда больной слышит простые звуки — шум, звон, выстрелы. Часто у больных в ушах звучат отдельные слова и фразы, обычно больные называют их голосами. «Голоса» могут принадлежать знакомым или незнакомым людям, может быть один голос, два или несколько. «Голоса» могут быть тихими и громкими, приближаться или удаляться и т.д. Содержание слуховых галлюцинаций весьма различно: простой разговор с больным, угрозы, насмешки, утешения, предупреждения. Иногда больные слышат приказания, которым часто не могут противиться. Слуховые галлюцинации не сопровождаются помрачением сознания, поэтому больные реагируют на «голоса» удивлением, страхом, различными поступками: бегством, обороной, нападением, иногда весьма опасным для окружающих.

*Обонятельные галлюцинации* проявляются в ощущении больным мнимых неприятных или приятных запахов, от которых он не может избавиться (запахи гнили, газов, нечистот, цветов).

*Вкусовые галлюцинации* возникают во рту вне приема пищи и могут быть приятными или неприятными.

*Тактильные (осязательные) галлюцинации* — неприятные ощущения, возникающие в коже, под кожей или во внутренних органах (щекотание, ползание, давление).

У больного может быть один вид галлюцинаций или сочетание нескольких их видов. В таком случае говорят о комплексных, или сложных, галлюцинациях. Иногда возникают нарушения психики, занимающие как бы промежуточное положение между иллюзиями и галлюцинациями. В таких случаях говорят о *функциональных галлюцинациях*. Как иллюзии они связаны с реальным внешним раздражителем и длятся до тех пор, пока действует этот раздражитель. Одновременно у больного появляются те или иные галлюцинации, длящиеся столько же, сколько действует раздражитель. Например, больной, едущий в поезде, реально слышит стук колес и в такт этому стуку слышит «голос»: «глупец, глупец, глупец...» При остановке поезда голос исчезает.

**Сенестопатии** - разнообразные тягостные, иногда мучительные ощущения в различных частях тела, в том числе и во внутренних органах. Больные жалуются на то, что «где-то внутри» или «где-то здесь» жжет, давит, болит, щекочет, «вяжет узлами». Обычно они не могут дать четкого описания своему ощущению и определить его локализацию. Сенестопатии — частый симптом при многих психических заболеваниях.

**Метаморфопсии** —искаженное восприятие величины, формы и расположения реально существующих предметов. Окружающие предметы могут восприниматься как очень маленькие или увеличенные до гигантских размеров, их форма может меняться самым причудливым образом. Также искаженно воспринимается пространство, в результате чего окружающие

предметы кажутся либо очень отдаленными, либо угрожающе приближенными.

### **Расстройства мышления**

Расстройства мышления в той или иной форме встречаются практически при всех психических заболеваниях. Наиболее часто возникают следующие виды расстройства мыслительного процесса.

*Ускорение мышления* — легкость появления и сочетания мыслительных ассоциаций (связей), причем мысли весьма поверхностны, незаконченны, быстро сменяют друг друга, речь все время перескакивает с одной темы на другую (так называемая скачка идей).

*Замедленное мышление* — уменьшение числа мыслительных ассоциаций, мысли возникают с трудом, они очень однообразны и тягостны. Больные говорят, что отупели.

*Бессвязное мышление* представляет собой обрывки не связанных друг с другом мыслей, выражающихся бессмысленным набором слов.

*Обстоятельность мышления* - мысль, возникнув однажды, долго не может смениться другой, новые мыслительные ассоциации возникают с трудом. Больной не может выделить главного, постоянно говорит об одних и тех же мелочах, каких-то попутных мыслях, от которых тоже долго не может избавиться.

*Резонерское мышление* — многословные бесплодные рассуждения вместо ответа на поставленный вопрос, часто вообще не имеющие отношения к теме разговора.

*Персеверация мышления* — доминирование в сознании больного небольшого количества мыслей, что проявляется в односложных ответах на все вопросы. Например: «Ты едешь в машине?» — «Ладно»; «Где у тебя болит?» — «Ладно»; «Ты поедешь на базар?» — «Ладно».

**Бред** — это ложное суждение без каких-либо оснований. Больной не поддается разубеждению, хотя его суждения противоречат действительности. Выделяют первичный, образный и аффективный бред.

*Первичный бред* — нарушение логики мышления. Болезненному толкованию подвергаются как явления внешнего мира, так и собственные ощущения. Первичный бред очень стоек и имеет тенденцию к прогрессированию. Такой бред имеет волнообразные периоды улучшения и обострения, причем при обострении бреда больной может совершать различные правонарушения. Первичный бред имеет различное содержание, но в судебно-медицинской практике наибольшее значение имеют несколько его разновидностей.

*Бред ревности* — это убежденность в неверности супруги (супруга). Больной постоянно замечает особенности поведения жены, которые убеждают его в ее измене. Он начинает следить за женой. Требуется, чтобы она призналась в супружеской неверности. Бред сопровождается угрозами, нередко жестоким насилием вплоть до убийства близкого человека.

*Бред болезни (ипохондрический бред)* — непоколебимая уверенность в неизлечимом заболевании. Больной постоянно обращается к врачам, требует обследования. Если больному говорят, что у него нет тяжелого заболевания, он начинает обвинять врачей в незнании, неумении, нежелании ему помочь, пишет жалобы. Наконец, больные нередко совершают насильственные действия против врачей. Разновидностью ипохондрического бреда является бред уродства, когда больной убежден в своем тяжелом физическом недостатке. Обычно он постоянно либо обращается к врачам, либо изобретает собственные методы избавления от уродства.

*Бред преследования* — уверенность больного в том, что его преследуют, чтобы нанести физический или моральный вред или даже убить. Этим бредом определяется и поведение больного. Иногда больной может быть опасным для постороннего человека, которого считает своим преследователем.

*Бред воздействия* — убеждение больного в воздействии на его мысли, чувства и поведение с помощью радиоволн, электричества, гипноза или другой внешней силы.

*Бред отношения.* В окружающих предметах, в одежде и разговорах людей, в их поведении больные видят скрытый смысл, намек, имеющий к ним прямое отношение. Например, сослуживец вчера был в свитере, а сегодня пришел в строгом костюме с темным галстуком — это неспроста, в этом имеется тайный смысл, содержится намек для больного.

*Бред изобретательства* — убеждение больного в том, что он сделал великое открытие. В связи с этим больной упорно добивается признания и внедрения своего «изобретения», пишет жалобы на «черствых чиновников».

*Бред сутяжный* содержит непоколебимую идею борьбы за справедливость.

Разновидностями первичного бреда являются также бред величия, бред ущерба, бред отравления, эротический бред.

*Бред образный.* У больного преобладают образные представления, напоминающие по своей непоследовательности картины сна. Эти идеи нельзя доказать, они воспринимаются как данность — «Я знаю, что на работе меня презирают». Поступки больных весьма непоследовательны, импульсивны — больной может внезапно вскочить в уходящий поезд или выскочить на ходу из автобуса, куда-то побежать без какой-либо цели, может внезапно напасть на кого-нибудь. Больные тревожны, у них могут появляться иллюзии.

*Аффективный бред* чаще проявляется в депрессивной форме в виде самообвинения, самоуничужения. Больной убежден в том, что он совершил тяжкие нарушения, аморальные поступки и т.п. Иногда бред может иметь фантастическое содержание, например, больной считает, что он виновен в гибели всех людей на земле.

От бреда отличаются так называемые *сверхценные идеи*, когда у больного доминирует какая-либо идея, возникшая в связи с реальными обстоятельствами. Она подавляет все остальные мысли и представления.

**Навязчивые состояния** — это непроизвольно возникающие непреодолимые мысли, представления, воспоминания, сомнения, страхи. Человек понимает их болезненный характер, постоянно пытается бороться с этими мыслями и ощущениями. Навязчивые состояния могут быть отвлеченными и образными. Примером отвлеченных навязчивых состояний может быть постоянный счет чего-либо (ступеней, этажей, столбов) либо постоянное мудрствование, риторические вопросы самому себе, навязчивая хула или навязчивые воспоминания («умственная жвачка»). Могут быть навязчивые сомнения - мучительная неуверенность в своих действиях с их постоянной перепроверкой. Например, больной много раз возвращается на кухню, чтобы убедиться в том, что выключен газ. К навязчивым состояниям относятся навязчивые влечения, например стремление ударить стоящего рядом человека, броситься под идущий транспорт.

**Навязчивые страхи (фобии)** — весьма распространенная разновидность навязчивого состояния. Фобий много, они могут быть весьма разнообразными — больной боится перейти улицу, боится эскалатора в метро, замкнутых помещений, высоты. При появлении страхов у больного начинается сердцебиение, выступает пот, он бледнеет, могут появиться головокружение, одышка.

### **Расстройства памяти**

Расстройства памяти (амнезия) имеют несколько разновидностей:

- **ретроградная амнезия** — потеря памяти на события, предшествующие нарушению психической деятельности. Так, больные эпилепсией не помнят события, которые предшествовали приступу; после тяжелой черепно-мозговой травмы с потерей сознания больные не помнят ничего из того, что было с ними до травмы, иногда они не могут вспомнить, кто они, назвать свое имя. Ретроградная амнезия может длиться от нескольких минут до многих лет.

- **антероградная амнезия** — утрата воспоминаний о событиях, которые произошли сразу после окончания бессознательного состояния. Длится от нескольких минут до нескольких дней, иногда недель;

- **антероретроградная амнезия** — сочетание обоих типов амнезии;

- **фиксационная амнезия** — потеря способности запоминать текущие события. Имеются и другие нарушения памяти, в том числе обманы памяти (парамнезии), ложные воспоминания о событиях, которых на самом деле не было (конфабуляции), о событиях, имевших место, но перенесенных в другие периоды времени.

### **Расстройства эмоций**

**Мания (гипертимия, маниакальный аффект)** — повышенное радостное настроение с усилением влечений и неутомимой деятельностью, ускорением мышления и речи, веселостью, чувством превосходного здоровья, выносливости, силы, когда все воспринимается в розовом свете; над всем господствует оптимизм. Больным свойственна переоценка собственной лич-

ности, нередко достигающая степени сверхценных идей величия. Больные выглядят помолодевшими, у них учащается пульс, бывает слюнотечение, у женщин нарушается менструальный цикл. Если интенсивность маниакального аффекта невелика, то говорят о *гипомании*.

*Эйфория* — повышенное настроение с беспечным довольством, пассивной радостью, безмятежным блаженством в сочетании с замедлением мышления (вплоть до персеверации).

Повышение настроения может принимать форму *экстаза* — переживания восторга, необычайного счастья.

*Депрессия (гипотимия, депрессивный аффект)* — угнетенное, меланхолическое настроение, глубокая печаль, уныние, тоска с неопределенным чувством грядущего несчастья и физически тягостными ощущениями. Ничто не приносит радости, удовольствия, весь мир становится мрачным. Настоящее и будущее видятся безрадостными и безысходными. Прошлое рассматривается как цепь ошибок. Больные выглядят постаревшими, у них выпадают волосы, ногти становятся ломкими, больные худеют. При нерезком депрессивном аффекте говорят о *субдепрессии*.

*Дисфория* — угрюмое, ворчливо-раздражительное, злобное и мрачное настроение с повышенной чувствительностью к любому внешнему раздражителю, ожесточенностью и взрывчатостью. Иногда это озлобленный пессимизм с язвительной придирчивостью, мелочной критичностью, временами со взрывами гнева, бранью, угрозами, способностью к нападению, насильственным действием. В других случаях преобладает обвинение окружающих с тупой злобой, бранью, постоянной агрессией. В третьих случаях дисфория проявляется импульсивным бегством, бродяжничеством, пароксизмами бессмысленного разрушения предметов, оказавшихся в поле зрения.

*Страх* — чувство внутренней напряженности, связанное с ожиданием угрожающих событий, действий. Может быть выражен в различной степени — от тревожно неуверенности и неопределенного чувства стеснения в груди до состояния ужаса.

*Эмоциональная слабость* — выраженная лабильность настроения с резкими колебаниями от повышения к понижению. Повышение обычно носит отпечаток сентиментальности, понижение — слезливости. Смена подобных состояний имеет незначительный повод. Чувствительность ко всем внешним раздражениям повышена. Крайняя степень эмоциональной слабости обозначается *аффективным недержанием*.

*Апатия* — полное равнодушие, безучастность ко всему окружающему и своему положению, бездумность. Ничто не вызывает интереса, эмоционального отклика.

### **Расстройства воли и влечений**

Расстройство воли (побуждений) — повышение или понижение динамических основ личности, ее жизнедеятельности (витальности), активности, энергии, инициативы.

*Гипобулия* (понижение волевой активности) — бедность побуждений, вялость, бездеятельность, скудная, лишенная выразительности речь, ослабление внимания, обеднение мышления, снижение двигательной активности, ограничение общения вследствие снижения откликаемости.

*Абулия* — отсутствие побуждений, утрата желаний, полная безучастность и бездеятельность, прекращение общения вследствие исчезновения откликаемости.

*Гипербулия* (повышение волевой активности) — усиление побуждений, повышенная деятельность, порывистость, инициативность, говорливость, подвижность.

*Парабулия* — извращение волевой активности, сопровождающееся соответствующей деятельностью: негативизмом, импульсивностью, вычурностью движений и др.

*Гипокинезия* - двигательное угнетение, сопровождающееся обеднением и замедлением движений.

*Акинезия* — обездвиженность вследствие прекращения произвольных движений, однако при побуждении извне они оказываются возможными.

*Ступор* — обездвижение, оцепенение.

Различают следующие виды ступора.

*Кататонический ступор* проявляется обездвиженностью, повышением мышечного тонуса и отсутствием речи (*мутизм*). В состоянии ступора больные не отвечают на вопросы, не реагируют ни на окружающее, ни на свое положение. При этом расстройстве больные долго остаются в одной и той же позе; все их мышцы напряжены. Прикосновение, уколы, термические раздражения в ступорозном состоянии не вызывают реакции, расширение зрачков при болевых и эмоциональных раздражениях также отсутствует. Кататонический ступор может сопровождаться *негативизмом*. Обесмысленное противодействие, немотивированный отказ больного от выполнения любого движения, действия или сопротивление его осуществлению с помощью другого лица) или *восковой гибкостью* (*каталепсия*) с длительным сохранением приданной больному или отдельным частям его тела позы, даже неудобной и требующей значительного мышечного напряжения. Кататонический ступор имеет различные проявления. В одних случаях это оцепенение, сопровождающееся страхом, ужасом, растерянностью и изменением самосознания. В других случаях развивается экстаз, возникают фантастические переживания. Наконец, кататонический ступор может сопровождаться усилением галлюцинаций, бреда или опустошением сознания.

*Субступорозное состояние* — неполная обездвиженность, обычно с более или менее выраженным мутизмом, продолжительным сохранением одного и того же положения тела, неестественными, вычурными позами.

*Депрессивный ступор* (мрачное оцепенение) — развитие массивного двигательного торможения, достигающего полной обездвиженности на высоте депрессии.

*Психогенный ступор* — реакция в форме обездвиженности на переживание страха, ужаса, катастрофы, внезапной смерти близкого человека.

*Экзогенный ступор* — состояние обездвиженности, возникающее в результате токсического или инфекционного поражения (отравление нейролептиками и другими веществами, энцефалит) соответствующих отделов мозга.

*Апатический ступор* — сочетание абсолютной безучастности, полной бездеятельности и крайнего бессилия, доходящего до прострации, сопровождается бессонницей. Взгляд устремлен в пространство, редкие ответы «да» или «нет» произносятся автоматически. Подобное состояние называют также адинамическим, аспонтанным, абулическим. Воспоминаний о нем не сохраняется. В генезе этого состояния большую роль играет тяжелейшее физическое истощение в результате дистрофии, кахексия.

### ***Гиперкинезия (двигательное возбуждение)***

Наиболее выраженную форму двигательного возбуждения представляет *раптус* — неистовое возбуждение, внезапно, подобно взрыву, прерывающее заторможенность или ступор. Больные мечутся, кричат, воют, бьются о стены, наносят себе повреждения, пытаются покончить с собой.

*Депрессивное возбуждение* (меланхолический раптус) — двигательное возбуждение, сочетающееся с безысходным отчаянием, мучительной, невыносимой тоской. Больной стонет, рыдает, пытается нанести себе повреждения.

*Тревожное возбуждение* — общее двигательное беспокойство (ажитация) в сочетании с тревогой и страхом. Выраженность ажитации может быть различной - от двигательного беспокойства в виде стереотипного потирания рук, теребления одежды, хождения из угла в угол до резкого двигательного возбуждения с экспрессивно-патетическими формами поведения (заламывание рук, рыдания, причитания, стремление разорвать одежду, биться головой о стену).

*Маниакальное возбуждение* характеризуется чрезмерным стремлением к деятельности с незаконченностью и немотивированными переходами от одного вида деятельности к другому, сочетается с повышенным аффектом, ускорением мышления и речи. При нерезком маниакальном возбуждении действия больных сохраняют признаки целенаправленной деятельности, при усилении расстройства появляются незавершенные действия, беспорядочные движения, возникает суетливость, утрачивается связность речи.

*Кататоническое возбуждение* — двигательное возбуждение с преобладанием двигательных и речевых стереотипий (однообразное повторение больным одних и тех же слов и словосочетаний или движений).

Для кататонического возбуждения характерны гримасничанье, манерность, вычурность движений, необычные позы, парамимия, т.е. несоответствие выражения лица господствующему аффекту (неадекватная мимика), или диссоциация мимики, т.е. сочетание различных, нередко

противоположных мимических движений (например, плачущих глаз со смехом). Кататоническому возбуждению свойственна импульсивность поступков и отдельных движений, негативизм, двойственность побуждений (амбивалентность), автоматическое повторение речи (эхолалия) и движений (эхопраксия) окружающих, нарушения мышления (в виде разорванности или инкогерентности) и речи — вербигерация, мимоговорение.

*Эпилептическое (эпилептиформное) возбуждение* — двигательное возбуждение, сопровождающее состояние дисфории или сумеречное помрачение сознания. Протекает со злобно-брутальными действиями (вплоть до нанесения увечий, убийства) или восторженно-экстатическим состоянием с наплывом образных галлюцинаций.

*Эротическое возбуждение* — двигательное возбуждение больных олигофренией, выражающееся в бессмысленных, порой разрушительных действиях и сопровождающееся криками и в редких случаях - нанесением себе повреждений.

*Галлюцинаторное возбуждение*—двигательное возбуждение, развивающееся под влиянием устрашающих галлюцинаций, часто с внезапным переходом от обороны к нападению.

*Паническое (психогенное) возбуждение* — бессмысленное двигательное возбуждение (иногда в форме «двигательной бури»), возникающее при внезапных очень сильных потрясениях, катастрофах, в ситуациях, угрожающих жизни.

*Агрессивные действия* возникают во время возбуждения; они обусловлены бредовыми и галлюцинаторными переживаниями, иногда относятся к импульсивным действиям. Обычно агрессия больного направлена на окружающих, в ряде случаев на себя — самоубийство в состоянии депрессивного возбуждения (рантуса), стереотипное нанесение себе повреждений (вырывание волос) больными шизофренией, самоповреждения умственно неполноценных лиц.

*Анорексия* — ослабление или отсутствие чувства голода.

*Анорексия нервная* — стремление к похуданию, преимущественно у девушек, обусловленное опасением ожирения.

*Анорексия психическая* — утрата чувства голода или отказ от приема пищи, обусловленный болезненным психическим состоянием (депрессия, кататоническое состояние с полным торможением чувства голода; отказ от еды по бредовым мотивам).

*Булимия (полифагия)* — патологическое повышение потребности в пище, приводящее к ожирению, ненасытный аппетит.

*Патологическое извращение аппетита* – поедание несъедобных веществ (проглатывание гвоздей, ложек и других предметов); поедание экскрементов — *копрофагия*.

*Полидипсия* — неутолимая жажда.

*Изменение полового влечения*— повышение, понижение, извращения.

### **Импульсивные явления**

Различают импульсивные действия и импульсивные влечения. В отличие от навязчивостей импульсивные действия и влечения реализуются неотвратно, без внутренней борьбы и сопротивления.

*Импульсивные действия* совершаются без контроля сознания, возникают при глубоком нарушении психической деятельности. Они внезапны и стремительны, не мотивированы и бессмысленны. Больные внезапно бросаются бежать, прыгают с поезда во время движения, нападают на первого попавшегося человека, избивают всех подряд, разрушают все, что попадает им под руку.

*Импульсивные действия* внезапны и безмотивны. Больной вдруг хватается за кошку и бросает ее в огонь либо подбегает к постороннему человеку и бьет его чем-нибудь и т.п. При этом больной не может объяснить свой поступок, воспоминания о совершенном поступке неотчетливы и отрывочны.

*Импульсивные влечения*— остро, время от времени возникающие стремления, овладевающие рассудком, подчиняющие себе все поведение больного. Появление подобного рода влечений сопровождается подавлением всех конкурирующих мыслей, представлений, желаний.

*Дипсомания* — запой, непреодолимое влечение к пьянству. Возникает периодически, как и все разновидности импульсивных влечений. В промежутках между приступами запоя потребность в вине отсутствует.

*Дромомания* (бродяжничество, вагабондаж, пориомания) — периодически возникающее непреодолимое стремление к перемене места, к поездкам, бродяжничеству. При появлении этого влечения, не раздумывая о последствиях, больной бросает семью, работу, учебное заведение.

*Клептомания* — периодически и внезапно возникающая страсть к воровству. Это хищение без цели или мотивированного побуждения, часто совсем ненужных вещей, которые затем больной выбрасывает, дарит, забывает о них, возвращает прежним хозяевам.

*Пиромания* — неотвратимое стремление к поджогу, который производится без стремления причинить зло, нанести ущерб.

*«Плюшкина симптом»* — патологическое влечение к собиранию и накопыванию всевозможных выброшенных, негодных предметов, вещей, тары и другого разнообразного хлама, возникающее чаще всего в старческом возрасте.

### **Основные синдромы психических болезней**

Последовательная смена синдромов образует клиническую картину психического заболевания, анализ этих синдромов позволяет поставить правильный диагноз.

**Невротические синдромы.** Этих психических расстройств много, но наиболее часто они представлены астеническим, истерическим синдромами и синдромом навязчивостей.

*Астенический синдром* может возникать при любом психическом заболевании и проявляется в виде раздражительности, повышенной утомляемости, слабости, неустойчивого настроения, расстройства сна, потливость, сердцебиение. Больные легко теряют самообладание, они ворчливы, всем недовольны, слезливы, часто проявляют умиление или обиду, утрачивают усидчивость, интерес к работе.

*Истерический синдром* проявляется в эмоциональной неустойчивости, когда бурное возмущение быстро сменяется такой же бурной радостью, неприязнь сменяется симпатией и т.п. Речь образная, сопровождается подчеркнутой, театральной мимикой, кокетством, явным преувеличением реальных событий, где желаемое выдается за действительное.

*Синдром навязчивости* включает в себя различные стойкие навязчивые состояния при постоянном тревожно-подавленном настроении.

**Эмоциональные синдромы** — это синдромы, основу которых составляют расстройства настроения.

*Маниакальные синдромы* проявляются нарастанием радостного настроения, оживленности, чувством физического комфорта и прилива сил. Появляются говорливость, находчивость, но внимание нестойко, больные быстро отвлекаются, развивают лихорадочную деятельность, но начатое дело до конца не доводят. Среди маниакальных синдромов преобладают эйфория (радость, безмятежность), гневливая мания (вспышки негодования, злобы, назойливая придирчивость, речевое возбуждение), *мориа* (веселое возбуждение в сочетании с дурашливостью, стремлением к плоским шуткам).

**Депрессивные синдромы** объединяются снижением настроения с некоторой вязкостью мышления. Больные жалуются на лень, вялость, нежелание что-либо предпринимать, неуверенность в своих силах, неспособность «взять себя в руки». В состоянии депрессии часто совершаются самоубийства. Иногда больные считают себя виновными в гибели окружающих или даже всей страны и с этим связывают нарастающую депрессию (*депрессия с фантастическим бредом*). Если подавленно-тоскливое настроение сочетается с идеями преследования, отравления и т.п., говорят о *параноидной депрессии*.

**Галлюцинаторно-бредовые синдромы** — это сочетание галлюцинации и бреда при ясном сознании. *Галлюциноз* — состояние непрерывного галлюцинирования. Различные сочетания галлюцинаций и бреда дают разные синдромы этой группы. Примером может служить *параноидный синдром* — сочетание бредовых идей преследования с вербальными (словесными) галлюцинациями.

**Синдромы двигательных нарушений** проявляются либо возбуждением, либо обездвиженностью (*кататонический ступор*). В последнем случае больные не реагируют ни на какие раздражители, в том числе на обращение к ним, и полностью обездвижены. У больных выражено мышечное напряжение, и они подолгу могут находиться в одной позе, подчас неудобной. Иногда *больным* можно придать определенное положение тела и

они его сохраняют (ступор с явлениями восковой гибкости). Ступор может развиваться на фоне депрессии, при выраженных галлюцинациях.

В судебной психиатрии большое значение имеет группа **синдромов помрачения сознания**, т.е. временные нарушения психики в виде отрешенности от окружающего, дезориентированности в месте, времени и в обстановке, неспособности к правильным суждениям с полной или частичной ретроградной амнезией. Помрачение сознания может проявляться в виде *оглушения*, когда больные плохо осмысливают происходящее, вяло отвечают на вопросы или совсем не отвечают на них. Оглушение может перейти в ступор. Наиболее часто возникает *делирий (делириозный синдром)*, проявляющийся в помрачении сознания с истинными зрительными галлюцинациями и иллюзиями, образным бредом, двигательным возбуждением. Примером такого делирия является так называемая белая горячка у больных хроническим алкоголизмом. *Сумеречное помрачение сознания* развивается внезапно, продолжается относительно недолго (несколько минут, часов, иногда дней), так же внезапно исчезает, сменяясь сном и ретроградной амнезией. Это картина «амбулаторного автоматизма». В других случаях сумеречное помрачение сознания характеризуется появлением страха, злобы, устрашающих зрительных галлюцинаций, бредом. В этом состоянии больной может совершить жестокие акты агрессии. Состояние заканчивается ретроградной амнезией или остаются смутные отрывочные воспоминания.

**Припадки или пароксизмы** — внезапно развивающиеся непродолжительные состояния помрачения сознания, сочетающиеся с двигательными нарушениями в форме судорог. В широком смысле под припадками или пароксизмами (приступами) понимают любое внезапное быстропроходящее расстройство психической деятельности или деятельности других органов или систем организма. Наиболее часто судебным психиатрам приходится иметь дело с *большим эпилептическим припадком*, включающим в себя последовательное нарастание проявлений нарушений психики и физического состояния.

*Большой эпилептический припадок* проявляется внезапной утратой сознания, тоническими и последующими клоническими судорогами, завершающимися комой.

Развитию припадка нередко предшествует продром в виде общего недомогания, головной боли, угнетенного настроения, снижения работоспособности, вялости. Длительность продрома — от нескольких часов до суток.

Собственно припадок часто начинается с ауры, занимающей несколько секунд. Аура проявляется различно. В одних случаях это внезапные зрительные, чаще панорамные галлюцинации, интенсивно окрашенные в тот или иной цвет, обонятельные (запах гари, дыма), слуховые, вербальные галлюцинации и псевдогаллюцинации. В других случаях аура имеет форму дереализации, произвольного мышления, произвольных воспоминаний, метаморфопсии, нарушения «схемы тела», внезапно развившегося состояния

восторженности или безотчетного страха. Во время ауры окружающее не воспринимается, но происходящие расстройства сохраняются в памяти. Иногда припадок исчерпывается аурой, но обычно вслед за аурой развивается судорожная фаза припадка. Больной теряет сознание, наступает тоническое сокращение всех мышц. Затем больной падает с пронзительным криком, напоминающим стон или вой. Нередко больной получает во время падения тяжелые повреждения (ушибы, ранения, ожоги). Тоническое сокращение продолжается и после падения. Руки и ноги вытягиваются, поднимаются несколько вверх, челюсти сжимаются, зубы стискиваются, язык прикусывается. Дыхание прекращается, лицо на мгновение бледнеет, а затем синее. Пульс учащается, артериальное давление повышается. Зрачки расширяются, на свет не реагируют. Происходят непроизвольное мочеиспускание, дефекация. Продолжительность тонической фазы 30-60 с. Тоническая фаза припадка непосредственно сменяется клонической с быстрыми, молниеносно перемежающимися сокращениями и расслаблениями поперечнополосатых мышц. Вследствие судорожного сокращения мышц грудной клетки больной периодически всхрапывает; изо рта вытекает пенная слюна, нередко окрашенная кровью из прикушенного языка. Фаза клонических судорог продолжается 2—3 мин. Судороги постепенно стихают, наступает коматозное состояние, медленно переходящее в сопорозное. В этот период обнаруживаются пирамидные рефлексы. Ясность сознания восстанавливается постепенно. Сначала остается в той или иной мере выраженная дезориентировка в окружающем, не помнят названия предметов. Воспоминание о судорожном и коматозном периоде отсутствует.

*Малый эпилептический припадок*, как и большой, сопровождается внезапной утратой сознания; иногда ему также предшествует аура. В отличие от большого припадка в этих случаях общей тонической судороги мышц не наступает, поэтому больные, несмотря на потерю сознания, не падают. Судорожные явления ограничиваются клоническими подергиваниями отдельных групп мышц. Воспоминание о припадке отсутствует.

*Припадки Джексона* (частичные эпилептические припадки) проявляются тоническими или клоническими судорогами одной половины тела, начинающимися с пальцев рук и ног, судорожным поворотом глазных яблок, головы, туловища в одну сторону, внезапно возникающими парестезиями в области одной половины тела. Припадок чаще развивается при ясном сознании, которое утрачивается лишь на высоте судорог при их генерализации.

*Нарколептический припадок* начинается внезапно с непреодолимой сонливости. Больной внезапно засыпает в самом неудобном положении: во время ходьбы, еды, на работе, у станка, на посту. Однообразные раздражения предрасполагают к припадку.

*Катаплектический припадок* — внезапное снижение мышечного тонуса под влиянием аффекта или каких-либо неожиданных раздражений (испуг, шутка, вызвавшая смех, внезапный звук, яркий свет).

Катаплектическим расстройствам родственны припадки особого вида — *припадки Клооса*. Они выражаются во внезапном перерыве течения мыслей с чувством пустоты в голове, исчезновения опоры под ногами и невесомости всего тела или только нижних конечностей. Сознание полностью сохраняется, воспоминание об этом мимолетном необычном состоянии полное.

*Истерический припадок* сопровождается нарушениями движений, но без судорог. Больной медленно оседает на пол, появляются ритмичные и размашистые движения рук и ног, тело приподнимается и опускается, часто больные выгибаются, опираясь лишь на голову и пятки (так называемая «истерическая дуга»), кусают руки, рвут волосы, одежду. Все это сопровождается рыданиями, криками, скрежетом зубов, закатыванием глаз. Присутствие «зрителей» обычно усиливает припадок, который прекращается после резких внешних воздействий — обливания холодной водой, сильной пощечины.

*Дереализация* — чувство призрачности окружающего. Внешний мир воспринимается отдаленным, ненастоящим, неотчетливым, застывшим, бесцветным, силуэтным. Окружающее кажется неопределенным, неясным, как бы скрытым вуалью. В более тяжелых состояниях утрачивается чувство действительности, появляются сомнения в реальности существования окружающих предметов, людей, всего мира.

*Олицетворенное осознание* — возникновение чувства присутствия в помещении, где больной находится один, кого-то постороннего. Присутствие этого постороннего не воспринимается, а непосредственно переживается с одновременным сознанием ошибочности возникшего чувства.

*Расстройство осознания времени* — исчезновение сознания непрерывности и последовательности времени, чувство безвременной пустоты. Время движется медленно, идет быстро. В ряде случаев оно ускоряется до молниеносного течения; в других случаях оно замедляется вплоть до полной остановки — «остановившееся на вечность существование». Время внезапно, без последовательного развития, в виде скачка становится прошлым.

*Расстройство апперцепции* — нарушение способности восприятия, выражающееся в невозможности устанавливать связи явлений и понимать смысл происходящего.

*Расстройство ориентировки* — неспособность больного ориентироваться во времени, окружающем и в собственной личности. Обычно сначала нарушается возможность ориентироваться во времени, по мере углубления расстройства — в окружающем. В последнюю очередь утрачивается способность ориентироваться в собственной личности.

*Дезориентировка во времени* — неспособность больного определить год, месяц, число, время года, день недели. Развивается в результате помрачения сознания, расстройства памяти или апатии. При нетяжелом расстройстве больной с трудом восстанавливает события последних дней, не может последовательно воспроизвести главные события собственной жизни.

*Дезориентировка в ситуации* может быть кратковременной — в первое мгновение пробуждения после глубокого сна, по миновании помрачения сознания; стойкой — у больных, страдающих тяжелыми органически обусловленными психическими расстройствами.

*Расстройство ориентировки в месте* — в нетяжелых случаях утрачивается ориентировка в сравнительно новом для больного месте; при выраженных нарушениях утрачивается ориентировка в городе, улице и квартире постоянного жительства.

*Расстройство ориентировки в собственной личности* возникает на очень короткое время после окончания помрачения сознания, длительно — вместе с другими видами дезориентировки, в результате массивного органически обусловленного расстройства психической деятельности.

*Растерянность (аффект недоумения)* — мучительное непонимание больным своего состояния, которое осознается как необычное, необъяснимое. Наступает при остром расстройстве психической деятельности, вызывающем стремительное нарушение самосознания и отражения окружающего.

*Деперсонализация (отчуждение от самого себя)* — расстройство сознания личности, сопровождающееся отчуждением психических свойств личности. В сравнительно легких случаях осознание себя становится блеклым, безжизненным, приглушенным, лишенным реальности. Больные как бы наблюдают себя со стороны.

В более широком понимании к сознанию личности (самосознанию) относят все содержание психической деятельности, ее развитие, отношение к внешнему миру, социальные связи.

*Расстройство самосознания витальности* — снижение или исчезновение чувства собственной жизненности; в тяжелых случаях больные утрачивают уверенность в том, что они еще живут, что они еще есть. В более легких случаях ослабляется переживание телесной жизнедеятельности, физического благополучия, тонуса телесного существования.

*Расстройство самосознания активности* — чувство затруднения, замедления, ослабления интенции мышления, чувств, моторики. Субъективно затруднены повседневные решения, действия, речь.

*Расстройство самосознания целостности* — нарушение осознания себя как единого неразрывного целого. Возникает переживание внутреннего распада, дивергенции, раздвоения, вызывающее панический страх. Больные жалуются на постоянное сосуществование у них двух несогласованных «Я», находящихся в постоянном противоречии, борьбе. Подобное расстройство иногда сопровождается отчуждением частей собственного тела.

*Расстройство границ самосознания* — ослабление вплоть до полного исчезновения различия между «Я» и «не Я», между миром внутренним и внешним, между реальностью и образами, созданными аутистическим миром больного. Больные чувствуют себя беззащитными, открытыми всем внешним влияниям.

*Расстройство идентичности самосознания.* Неуверенность в непрерывности самосознания от рождения до данного момента. В легких случаях возникает отдаленность своего «Я». В тяжелых случаях исчезает уверенность «Я есть, Я сам». Больной перестает осознавать, кто он.

*Изменение самооценки* — нарушение способности соотносить возможности собственной личности с реальностью. Подразделяется на конституциональное и нажитое.

### **Слабоумие**

*Слабоумие* - стойкое, малообратимое обеднение психической деятельности, ее упрощение и упадок. Слабоумие проявляется в ослаблении познавательных процессов и обеднении чувств, изменении поведения в целом.

Если и приобретаются новые знания и формы деятельности, то только простейшие. Пользование прошлым опытом крайне затрудняется и обычно сводится к привычным суждениям и навыкам; сложный, наиболее совершенный опыт не воспроизводится.

Слабоумие редко развивается изолированно. Чаще оно составляет единство с теми или иными описанными выше позитивными расстройствами. При подобном сочетании упадок психической деятельности сказывается и в особом изменении патологических продуктивных проявлений болезни. Подобное изменение названных расстройств происходит постепенно и становится наиболее выраженным на конечном этапе болезни, в эпилоге, когда влияние упадка психической деятельности выступает особенно отчетливо. Есть в литературе данные о том, что «в крайних случаях слабоумия не могут образоваться даже нелепые идеи».

Слабоумие разделяется на врожденное недоразвитие психики (малоумие) и приобретенное, возникающее в результате прогрессирующих психических заболеваний (собственно слабоумие, деменция).

*Врожденное (олигофреническое) слабоумие* — общее, более или менее выраженное недоразвитие психики. Это проявляется в неспособности к абстрактному мышлению, недоразвитии речи, крайне скудном запасе слов, бедности представлений и фантазии, слабости памяти, ограниченном запасе знаний, незначительной способности к их приобретению. Эмоции бедны и нередко исчерпываются кругом удовлетворения физических потребностей.

*Приобретенное слабоумие (деменция)* различается по характеру поражения головного мозга и по вызвавшей его болезни.

*Тотальному слабоумию* свойственны одновременное и выраженное снижение (или распад) всех форм познавательной деятельности, утрата критики к своему состоянию, изменение эмоциональной сферы, потеря или извращение психической активности, стирание индивидуальных особенностей личности.

Разумеется, перечисленными симптомами и синдромами далеко не исчерпываются психические расстройства, которые приходится

анализировать психиатрам при проведении судебно-психиатрической экспертизы. Однако описанные здесь патологические состояния и соответствующая терминология встречаются наиболее часто, их знание необходимо юристу для понимания возможностей судебно-психиатрической экспертизы и заключения экспертов.

#### **Контрольные вопросы.**

1. Дайте понятие о психических заболеваниях и их причинах.
2. Каковы особенности течения психических заболеваний?
3. 3. Что относится к расстройствам восприятия?
4. 4. Какие виды галлюцинаций вы знаете? Что такое сенестопатии?
4. Что такое бред? Какие виды бреда вы знаете?
5. 5. Назовите основные виды расстройства памяти.
6. 6. Какие расстройства воли и влечений вы знаете?
7. 7. Каковы основные синдромы психических болезней?
8. 8. Что такое сумеречное помрачение сознания?
9. 9. Что такое припадки? Приведите примеры припадков.
10. 10. Что такое пароксизм? Что такое аура?
11. 11. Что означают термины «дереализация» и «деперсонализация»?
12. 12. Какие виды слабоумия вы знаете?

## ГЛАВА 7

### ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИХ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА

Нарушения психики в форме неврозов (реактивных психозов) и психопатий (расстройств личности) не являются истинными психическими заболеваниями, а представляют собой как бы промежуточное состояние между психическим здоровьем и болезнью. Люди, совершившие те или иные правонарушения в состоянии реактивного психоза или будучи психопатами, являются вменяемыми в уголовных процессах и дееспособными в гражданских делах. Неврозы и расстройства личности имеют различные проявления, течение и последствия.

#### *Неврозы*

Это группа психических расстройств, возникающих под влиянием психической травмы. Это временные, обратимые нарушения психики, при которых нет таких тяжелых расстройств, как бред, галлюцинации. Вместе с тем неврозы сопровождаются нарушением общего самочувствия, эмоциональной неустойчивостью, хотя при этом человек правильно оценивает окружающую действительность и понимает свое болезненное состояние.

Психическая травма может быть связана с эмоциональным стрессом или длительными неприятными переживаниями при отсутствии положительных эмоций, поддержки окружающих и близких. Наиболее часто в судебной психиатрии приходится иметь дело с неврастенией, неврозом навязчивости и истерическим неврозом.

**Неврастения** - это невроз, возникающий в результате неспособности человека адаптироваться к тем условиям жизни или работы, в которых он оказался. Например, неврастения может развиваться у людей, приехавших в большой город из глубокой, тихой провинции. В городе все пугает, все постоянно вызывает напряжение, человек постоянно боится совершить какую-нибудь ошибку, за которую нужно будет расплачиваться. При этом человек чувствует, что не такой, как все, все время ожидает насмешки и унижения со стороны окружающих, коллег, соседей. Он не может приспособиться к темпу и образу жизни большого города. По мере развития невроза больные начинают быстро уставать от любой нагрузки, настроение становится весьма неустойчивым, легко появляются приступы раздражительности или необузданного веселья, они теряют сон, после поверхностного сна нет ощущения отдыха. Постепенно развиваются апатия, сонливость, плаксивость, которые неожиданно сменяются бурной активностью. Начатое дело не доводится до конца из-за повышенной утомляемости и вновь наступающей апатии.

Длительность невращения зависит от особенностей и длительности психогенных воздействий и от характерологических и психологических особенностей человека. Невроз длится от нескольких месяцев до нескольких лет и прекращается после устранения психотравмирующей ситуации или в результате изменения отношения больного к травмирующей ситуации, особенно при соответствующем лечении.

**Невроз навязчивости** проявляется в произвольных навязчивых мыслях или страхах. Это может быть навязчивый счет окон, этажей, столбов или навязчивые воспоминания, например, неприятных ситуаций, бывших когда-то в жизни больного или даже прочитанных в книге.

Невроз навязчивости может проявляться в навязчивых сомнениях - выключен ли свет или газ в квартире, заперта ли дверь. Эти сомнения заставляют больного многократно возвращаться домой, звонить с работы соседям с просьбой проверить, заперта ли дверь в его квартиру. Больной понимает ненормальность ситуации, она мучает его, но отказаться от преследующих его воспоминаний, сомнений или действий человек не может. Они мешают ему жить, истощают его нервную систему.

Невроз может проявляться в навязчивых страхах (фобиях). Наиболее часто такие люди боятся заболеть сердечно-сосудистыми или онкологическими болезнями либо заразиться инфекционным заболеванием. Например, при входе в переполненный автобус у больного появляется страх, что сейчас у него будет кровоизлияние в мозг и ему не успеют оказать помощь (цереброфобия). Страх может сопровождаться головной болью. Невроз нередко прогрессирует. Сначала цереброфобия появляется тогда, когда человек только подходит к остановке автобуса, а затем уже при одной мысли о том, что придется ехать на автобусе. При страхе заразиться, например СПИДом, человек старается ни до чего не дотрагиваться, разговаривать с людьми на возможно большем расстоянии, телефонную трубку он обертывает носовым платком, постоянно моет руки, полощет горло. Все разъяснения о том, что СПИДом можно заразиться только половым путем или через перелитую кровь, не устраняют страха, хотя больной и понимает абсурдность своих переживаний.

При одной из форм невроза навязчивости у человека появляется желание совершить какой-нибудь непристойный поступок в общественном месте или, например, ударить близкого человека чем-то тяжелым по голове, выколоть ему глаз. У некоторых больных этот невроз может сопровождаться навязчивыми и однообразными движениями головы или гримасами, которые очень трудно сдержать.

При прогрессировании невроза навязчивые идеи могут переходить в *овладевающие*, когда больной не может избавиться от какой-нибудь абсолютно абсурдной мысли, например о том, что при переезде в старой квартире забыли любимую кошку. Он знает, что кошка давно умерла, но тем не менее представляет ее мучения в запертой квартире. Эти представления настолько неотвязно преследуют больного, что он в конце концов бросает все, едет на старое место жительства, начинает искать кошку.

**Истерический невроз** - расстройство почти всех ощущений и конфликтные переживания. У женщин этот невроз встречается значительно чаще, чем у мужчин, причем возникает в любом возрасте. Проявления истерического невроза многообразны, всегда имеют большую эмоциональную выразительность при сохранении сознания. Больные могут имитировать разнообразные болезни — сердечно-сосудистые расстройства в виде сердцебиения, боли в сердце, спазмы пищевода и невозможность проглотить пищу — давятся, кашляют, у них может быть рвота; иногда больные задыхаются. В период приступа невроза больные не могут стоять, ходить, так как у них развиваются параличи, они теряют голос и т.п. Иногда у них возникает резкое сокращение мышц спины, затылка и конечностей и больные выгибаются дугой, опираясь лишь на голову и стопы - «истерическая дуга». Истерическая амнезия включает потерю памяти на события, которые вызвали истерический невроз. Иногда у больных развивается изменение сознания, и они в этом состоянии могут совершать поездки в известные им места. Они не могут объяснить цель поездки, но их поведение в этот период вполне нормально.

### ***Реактивные психозы***

Реактивные психозы по клинической картине, остроте, характеру и длительности можно разделить на острые шоковые реактивные психозы, подострые и затяжные реактивные психозы.

***Острые шоковые реактивные психозы.*** Острые шоковые реактивные психозы возникают под влиянием внезапной и очень сильной психической травмы, представляющей угрозу для жизни, чаще при массовых катастрофах (землетрясение, пожар, наводнение, транспортные катастрофы), при тяжелом потрясении, связанном с неожиданным известием, арестом.

Вегетативные нарушения выражаются сердцебиением, резким побледнением или покраснением, профузным потом, поносом. К гиперкинетической форме шоковых реакций следует относить острые психозы страха. В этих случаях в клинической картине психомоторного возбуждения ведущим симптомом становится панический, безудержный страх. В некоторых случаях после острой реакции страха может в дальнейшем развиваться затяжной невроз страха.

***Подострые реактивные психозы.*** В судебно-психиатрической клинике подострые реактивные психозы встречаются наиболее часто. Они сложнее и многообразнее, чем острые шоковые реакции, развиваются более медленно и постепенно. После психической травмы проходит определенный период переработки травмирующего переживания.

Иногда подострые реактивные психозы имеют сначала острую стадию, которая затем переходит в подострую, иногда им предшествует невротическая стадия. Длительность подострых реактивных психозов от 2—3 нед до 2—3 мес. К ним относятся реактивная (психогенная) депрессия,

психогенный параноид, галлюциноз, истерические психозы, психогенный ступор.

**Реактивные (психогенные) депрессии.** Психогенными депрессиями называются такие психогенные реакции, в клинической картине которых ведущее место занимает депрессивный синдром с аффектом тоски и общей психомоторной заторможенностью.

Клинически выделяют простые реактивные депрессии; депрессивно-параноидный; астено-депрессивный; депрессивно-истерический синдромы.

*Простая реактивная депрессия* развивается в непосредственной связи с травмирующим переживанием. В структуре депрессии ведущими являются эмоциональные расстройства, сопровождающиеся психомоторной заторможенностью. Депрессивный аффект мотивирован, тоскливость связана с психотравмирующей ситуацией. Депрессия заканчивается полным выздоровлением без каких-либо последующих изменений психики.

*Депрессивно-параноидный синдром* проявляется в медленном и постепенном развитии и нарастании подавленности, которой предшествует длительный период переработки травмирующего переживания. Часто появляется бессонница, возникают различные неприятные соматические ощущения. В первое время депрессия обычно более или менее адекватна и психологически понятна и формируется на невротическом уровне. При сохранности формальной ориентировки окружающее воспринимается неотчетливо, отмечаются явления деперсонализации и дереализации. Депрессия сопровождается психомоторной заторможенностью и, нарастая, может перейти в депрессивный ступор. Течение обычно длительное (2—3 мес). При этом больные худеют, у них отмечаются выраженные вегетативные нарушения—сердцебиение, колебания артериального давления, чувство сдавления, боль и тяжесть в области сердца.

*Астенодепрессивные состояния* начинаются с явлений нервно-психического истощения, достигающего глубокой астении. По мере развития заболевания нарастает психомоторная заторможенность. Аффект тоски маловыразительный, замещается состоянием монотонного уныния, апатии в сочетании с подавленностью всех психических функций. При углублении этого состояния, особенно при включении дополнительных неблагоприятных факторов (инфекции, интоксикации), состояние депрессии может перейти в вялый ступор с особенно неблагоприятным течением.

*Истерическая депрессия* встречается в судебно-психиатрической практике наиболее часто. Истерическая депрессия обычно развивается после короткого периода истерического возбуждения. Клиническая картина отличается особой яркостью симптоматики, часто сочетается с другими истерическими проявлениями. Аффект тоски при истерической депрессии чрезвычайно выразительный. Настоящей психомоторной заторможенности в этих случаях нет. Спонтанные движения и жесты больных очень пластичны, театральны, тонко дифференцированы. Иногда тоска сочетается с гневливостью, метрика и мимика остаются столь же выразительными. Нередко больные наносят себе повреждения или совершают

демонстративные суицидальные попытки. Больные во всем обвиняют окружающих, высказывают преувеличенные опасения по поводу своего здоровья. Истерическая депрессия протекает при истерически суженном сознании с колебаниями психомоторного фона. Временами, особенно при упоминании о волнующем переживании, у больных возникают кратковременные состояния психомоторного возбуждения.

**Реактивный параноид и галлюциноз.** Острые параноиды без галлюцинаторных явлений относятся к сравнительно редким формам реактивных состояний. Они возникают обычно после ареста, в тюрьме, нередко после бессонницы. В начальной стадии у больных появляются непонятная мучительная тревога, общее эмоциональное напряжение и беспокойство. При сохранности ориентировки отмечается легкое изменение сознания с недостаточной четкостью, явлениями дереализации, ложного узнавания. Тематика параноида отражает травмирующую ситуацию. Состояние тоски и тревоги сменяется беспредметным беспокойством, тревожным ожиданием гибели. Больные защищаются от мнимых преследователей, становятся беспокойными, иногда агрессивными. Такое состояние продолжается недолго 1/2—1 мес. Постепенно, обычно после перевода в стационар, больные успокаиваются, страх сменяется тоской и подавленностью, соответствующей реальной ситуации. Бредовая интерпретация исчезает. Уже не высказывая каких-либо новых бредовых идей, больные все же остаются непоколебимо уверенными в реальности всего пережитого. Критика к перенесенным болезненным переживаниям восстанавливается постепенно.

Чаще в судебно-психиатрической клинике встречается подострый психогенный *галлюцинаторно-параноидный синдром* с острым началом всех психотических проявлений. На фоне бессонницы, связанной с постоянным обдумыванием и поисками выхода из сложившейся ситуации, и своеобразно измененного сознания активная психическая деятельность оказывается затрудненной. В начальной стадии у больных появляется непонятная мучительная тревога, отмечаются явления дереализации и ложного узнавания. Постепенно целенаправленное мышление заменяется непрерывным потоком представлений. Отдельные слова и незаконченные фразы быстро сменяют друг друга, не получая ясного оформления. Больные жалуются на то, что, помимо воли, вынуждены думать о пустяках. Наряду с наплывом мыслей появляются ощущение «вытягивания», «чтения мыслей», чувство «внутренней раскрытости», что сочетается со слуховыми псевдогаллюцинациями. Возникают явления деперсонализации.

На высоте психотического состояния преобладают вербальные галлюцинации. Голоса множественные, принадлежат родственникам, судье, следователю, часто в форме диалога обсуждают поведение больного, угрожают, предсказывают смерть. Больные слышат плач своих детей, родных, крики о помощи. Большое место в клинической картине занимает бред отношения, особой значимости и преследования, а также бред внешнего воздействия, постоянного контроля и влияния, проводимого якобы с

помощью гипноза, особых аппаратов. Все бредовые идеи объединены общим содержанием, связанным с психотравмирующей ситуацией.

**Истерические психозы** могут проявляться в виде бредоподобных фантазий, синдрома Ганзера, псевдодеменции, пуэрилизм, истерического ступора, синдрома одичания.

*Бредоподобные фантазии* описаны в судебно-психиатрической практике для обозначения клинических форм, встречающихся преимущественно в условиях тюремного заключения и характеризующихся прежде всего фантастическими идеями. Эти психогенно возникающие фантастические идеи занимают как бы промежуточное положение между бредом и фантазиями.

Содержание бредоподобных фантазий несет на себе выраженный отпечаток психотравмирующей ситуации, мировоззрения больных, степени их интеллектуального развития и жизненного опыта и противоречит основному тревожному фону настроения. Оно меняется в зависимости от внешних моментов.

*Синдром Ганзера и псевдодеменции* проявляется остро возникающим сумеречным расстройством сознания, «миморечью» (неправильные ответы на простые вопросы), истерическими расстройствами чувствительности и иногда истерическими галлюцинациями. В настоящее время в судебно-психиатрической клинике редко встречается клинически очерченный синдром Ганзера. Чаще наблюдается синдром псевдодеменции (мнимое слабоумие) -истерическая реакция, проявляющаяся в неправильных ответах и действиях на фоне истерически суженного сознания, демонстрирующих внезапно наступившее глубокое «слабоумие».

*Синдром пуэрилизма* проявляется в детскости поведения (лат. *puer*— мальчик) на фоне истерически суженного сознания.

В судебно-психиатрической практике чаще встречаются отдельные черты пуэрилизма, чем целостный пуэрильный синдром. Наиболее частыми и стойкими симптомами пуэрилизма являются детская речь, детская моторика и детские эмоциональные реакции. Однако в детских формах поведения пуэрильных больных можно отметить наличие всего жизненного опыта, сохранность отдельных привычек и приобретенных навыков, что создает впечатление некоторой неравномерности распада функций (например, детская шепелявая речь и автоматизированная моторика во время еды, курения, которая отражает опыт взрослого человека), поэтому поведение больных с пуэрильным синдромом значительно отличается от истинного детского поведения.

*Синдром регресса психики, «одичания»* относится к числу наиболее редко встречающихся форм реактивных психозов. Это распад психических функций на фоне истерически измененного сознания и поведения, воспроизводящего дикое животное. Иногда наряду с распадом психических функций отмечается и продуктивная симптоматика в виде явлений истерического перевоплощения.

**Реактивный (психогенный) ступор** — полная обездвиженность и мутизм. Если психомоторная заторможенность не достигает степени ступора, то говорят о преступорозном состоянии.

Можно выделить истерический, депрессивный, галлюцинаторно-параноидный, вялоастенический ступор.

**Истерический ступор** среди подострых реактивных психозов в судебно-психиатрической клинике встречается чаще. Он возникает остро после травмирующего переживания (арест). Значительно чаще ступор развивается постепенно, становясь последним этапом. Основной чертой, определяющей клиническую картину истерического ступора, является эмоциональное напряжение.

**Депрессивный ступор** развивается как следствие углубления психомоторной заторможенности, которая сопровождает психогенную депрессию. Больные не ориентируются в отделении, не усваивают распорядок дня, не дифференцируют медицинский персонал. Все их поведение и реакции во время беседы позволяют говорить о нарушении сознания по типу оглушенности.

**Галлюцинаторно-параноидный ступор** возникает после галлюцинаторно-параноидного синдрома. Для него характерны отдельные проявления психического автоматизма, психогенные галлюцинации, идеи преследования на фоне растерянности и страха. В первое время больные рассказывают о своих бредовых переживаниях.

**Астенический ступор** возникает после астенодепрессивного состояния. В отличие от предыдущих форм ступора при астеническом ступоре нет эмоциональной насыщенности, выразительности в мимике и во всем облике больного.

**Затяжные реактивные психозы.** Понятие затяжного реактивного психоза определяется не только его длительностью (6 мес., год или больше), но и клиническими особенностями отдельных форм и закономерностями динамики. Если подострые реактивные психозы можно разделить по ведущему синдрому на отдельные формы, то при затяжном реактивном психозе чаще отмечается смена и трансформация различных синдромов. Клинически более оправдано разграничение затяжных реактивных психозов по типу течения.

В судебно-психиатрической клинике чаще встречаются следующие типы течения затяжных реактивных психозов: однотипный непрогредиентный; трансформирующийся прогредиентный, но полностью обратимый; вялопрогредиентный

**Однотипные непрогредиентные затяжные реактивные психозы.** Непрогредиентный тип течения затяжных реактивных психозов— сравнительно медленное развитие с формированием определенного строго очерченного психопатологического синдрома, однотипного на протяжении всего заболевания. Чаще всего это истерическая депрессия, псевдодеменция, псевдодементно-пуэрильный синдром или бредоподобные фантазии.

Этот тип течения затяжных реактивных психозов прогностически наиболее благоприятный. Заболевание сохраняет непосредственную зависимость от психотравмирующей ситуации. По выздоровлении не отмечается каких-либо выраженных и стойких постреактивных изменений психики.

**Трансформирующийся тип течения** затяжных реактивных психозов характеризуется сменой и видоизменением синдромов с тенденцией к прогрессивности и углублению реактивного состояния, что проявляется в постепенно нарастающей психомоторной заторможенности.

**Вялопрогредиентный тип течения** затяжных реактивных психозов чаще возникает при сосудистых или травматических поражениях головного мозга, а также после инфекционных и соматических заболеваний. Однако в ряде случаев не удается установить преморбидную патологическую почву.

Отличительной особенностью этого типа является возникающее на ранних этапах состояние психомоторной заторможенности. Последующая клиническая картина складывается из вялости, монотонности, однообразия течения без каких-либо выраженных колебаний и смены синдромов, с неуклонным прогредиентным углублением психомоторной заторможенности (вялый ступор). Одновременно с нарастающей психомоторной заторможенностью наступает прогрессирующее физическое истощение с трофическими нарушениями и выраженными вегетативно-обменными изменениями.

### **Судебно-психиатрическая оценка неврозов и реактивных психозов**

Судебно-психиатрическая экспертиза редко проводится у людей, страдающих неврозами, так как они осознают свои действия (в частности, их общественную опасность) и могут руководить своим поведением. Человек в состоянии невроза вменяем. Однако изредка больные с импульсивной формой синдрома навязчивости, с приступами панического страха могут утрачивать контроль за своим поведением. Это обстоятельство должно учитываться при проведении судебно-психиатрической экспертизы.

В состоянии реактивного психоза криминальные действия совершаются редко, обычно реактивное состояние развивается после правонарушения. Если противоправные действия совершены в состоянии реактивного психоза, то, естественно, следует говорить о невменяемости.

Если реактивные состояния возникают после совершения правонарушения, то перед экспертом ставится вопрос о возможности обследуемого предстать перед судом и нести ответственность за совершенное правонарушение. При острых и подострых реактивных психозах, кратковременных и полностью обратимых, выздоровление обычно наступает в экспертном стационаре, поэтому решение вопроса о возможности участия подэкспертного в судебно-следственном процессе или пребывания в местах лишения свободы не вызывает затруднений. Трудности

возникают при решении этих же вопросов при затяжных реактивных психозах. Основной задачей экспертизы и в этих случаях является определение глубины, тяжести и прогноза болезненного состояния. Затяжные реактивные психозы с однотипным или трансформирующимся течением и преобладанием истерических синдромов (истерическая депрессия, псевдодеменция, пуэрилизм) прогностически наиболее благоприятны. Эти состояния не вызывают, как правило, и дифференциально-диагностических затруднений. В подобных случаях обычно может выноситься заключение о вменяемости, но ввиду длительности реактивного психоза больных следует направлять на принудительное лечение до выздоровления, после чего они могут предстать перед судом и нести ответственность.

При определении прогноза и выборе практических мероприятий в отношении больных с частыми рецидивами истерических синдромов следует подчеркнуть, что чаще психопатологическая картина повторных эпизодов строится по типу отработанных клише и не отражает усложнения первоначальной психопатологической симптоматики. При судебно-психиатрической оценке каждого повторного эпизода, однотипного по клинической картине с первоначальным, следует исходить из тех же положений, что и при экспертизе первоначального реактивного состояния.

В подобных случаях временное болезненное расстройство душевной деятельности препятствует определению психического состояния подэкспертного в период совершения противоправных действий. Кроме того, реактивные психозы с депрессивными и параноидными синдромами могут оказаться неблагоприятными как по течению, так и по исходу. В связи с возможностью диагностических расхождений, а также формирования различных по глубине постреактивных изменений личности целесообразно направление больных в психиатрические больницы на принудительное лечение с последующим возвращением в экспертное учреждение для решения поставленных перед экспертами вопросов. Обычно эти меры достаточно эффективны. После соответствующей активной терапии в тех случаях, когда выявляется психогенная природа заболевания, подэкспертные могут предстать перед судом и нести ответственность.

Прекращение принудительного лечения больным с депрессивными и параноидными реакциями можно рекомендовать только после полного выздоровления с исчезновением постреактивной астении и восстановлением критики к болезненным переживаниям. О таком выходе с достоверностью можно судить лишь после отмены активной терапии, даже поддерживающих доз.

Судебно-психиатрическая оценка наиболее редкой и малочисленной группы затяжных реактивных психозов с вялопрогредиентным течением наиболее сложна. Нарастающее физическое истощение и стойкие вегетативно-обменные сдвиги, не обнаруживающие тенденции к сглаживанию, при преморбидных патологических особенностях личности и соматических заболеваниях в анамнезе следует рассматривать как

прогностически наиболее неблагоприятное сочетание. Неблагоприятным признаком следует также считать повторные эпизоды реактивных состояний не по типу клише, а с тенденцией к усложнению и нарастанию параноидной симптоматики.

Характерное для этой группы длительное прогрессивное течение заболевания с формированием изменений психики по органическому типу лишает больных способностей, необходимых при выполнении процессуальных требований, предъявляемых к лицу, ответственному за преступление, совершенное в состоянии вменяемости. Данный вариант течения затяжных реактивных психозов следует рассматривать как хроническое душевное заболевание, возникшее после совершения преступления, со всеми вытекающими из этого последствиями. Обычно окончательному решению вопроса о возможности предстать перед судом и нести ответственность предшествует направление больных на принудительное лечение.

В экспертном заключении о реактивном психозе должно быть обязательно указано время возникновения заболевания, поскольку от этого зависит оценка психического состояния подэкспертного в период следствия при выполнении тех или иных следственных действий. Больные с реактивной депрессией склонны к самообвинению и самооговору. При реактивных параноидах поведение больных и их показания в период следствия могут быть обусловлены бредовыми идеями отношения, преследования и болезненной интерпретацией окружающего. Решить эти специфические судебно-психиатрические вопросы можно только на основании установления типа течения реактивного психоза и, главное, этапа, на котором давались те или иные показания, а также выполнялись другие следственные действия. При подострых реактивных психозах, развивающихся быстро и характеризующихся в остром периоде нарушениями сознания и изменениями поведения, время возникновения психотического состояния выявляется достаточно отчетливо. Установить период, до которого к показаниям обследуемого следует относиться как к показаниям здорового человека, нетрудно. Установить время возникновения стертых форм затяжных реактивных психозов труднее. Необходимо иметь в виду, что психозу нередко предшествует невротический этап заболевания, не исключающий выполнение следственных действий.

## ***Психопатии***

*Психопатии (расстройства личности)* - это стойкие врожденные или приобретенные расстройства личности при общей сохранности интеллекта, приводящие к нарушениям взаимоотношений с людьми и адаптации к окружающему.

*Причинами* психопатий во всех их проявлениях могут быть органические повреждения головного мозга, возникающие в результате

травмы (в том числе родовой), интоксикации во внутриутробном периоде (алкогольная, наркотическая и т.п.) или инфекции (менингиты, энцефалиты).

Для психопатий типичны эгоцентризм, притязания на собственную значимость при отсутствии соответствующих способностей, тревожность, неуверенность, подозрительность. При психопатиях нарастают нарушения межличностных отношений и развивается социальная дезадаптация, т.е. неспособность к нормальному сотрудничеству в рабочем коллективе, к жизни в общежитии. Эти изменения личности могут быть выражены различно - от легкой степени, т.е. почти не отличающейся от нормы, до весьма значительных психических расстройств. Вместе с тем психопатия — не психическое заболевание, а некое промежуточное состояние, в неблагоприятных условиях способное перейти в психическую болезнь. Течение психопатии отличается от течения психического заболевания. Вместе с тем для психопатии типичны очень сильные эмоциональные проявления — вспышки гнева, агрессия, скандальность или, наоборот, глубокие переживания по поводу собственной неполноценности, непонимания со стороны коллег и окружающих. Выделяют несколько форм психопатии.

**Возбудимая психопатия.** Бурное проявление недовольства, раздражения, гнева в ситуациях, которые с точки зрения больного не отвечают его интересам или ущемляют его права. Больные совершенно не учитывают последствий таких бурных эмоциональных проявлений, не могут правильно оценить себя и свои поступки, всегда находят им оправдания и считают себя правыми. Люди с этой формой психопатии легко вступают в конфликт с окружающими, иногда могут быть агрессивными. У них обычно сложные, конфликтные отношения с коллективом. Это в свою очередь становится стрессом для больного и усугубляет его состояние.

Вне ситуаций, вызывающих неадекватную эмоциональную реакцию, эти люди могут вести себя вполне обычно.

**Тормозимые психопатии.** В эту группу объединены психопатии с ведущими астеническими, психастеническими и шизоидными патохарактерологическими проявлениями.

У астенических психопатических личностей с детства наблюдаются повышенная робость, нерешительность, впечатлительность. Особенно застенчивыми они становятся в новой обстановке, среди малознакомых людей, где их не покидает чувство собственной неполноценности. Постоянным свойством является раздражительная слабость, выступающая в виде вспышек аффекта при любом непосильном напряжении. Фон настроения несколько угнетенный, с легко возникающей тревожностью, неуверенностью в себе при столкновении даже с незначительными трудностями.

**Паранойяльная психопатия.** Такая психопатия проявляется в склонности к появлению сверхценных идей, обычно какого-либо одного содержания (паранойяльные идеи). Это ревность, изобретательство, реформаторство. Психопатическая личность переоценивает свои

способности и возможности, ей свойственна мыслительная медлительность, такие люди «тугодумы», как бы застревают на неприятных эмоциональных переживаниях, особенно на взаимоотношениях с окружающими людьми. Толчком для появления паранойяльных идей может стать какой-либо незначительный факт, которому больной придает несоизмеримо большее значение (супружеская неверность, важное изобретение). Человек полностью игнорирует все факты, противоречащие этой идее, не совпадающие с ней, но подбирает и переоценивает любые моменты, подтверждающие его мысль.

**Истерическая психопатия.** Истерическая психопатия проявляется прежде всего поведением, рассчитанным на внешний эффект, — театральностью, вычурностью, кокетством, приписыванием себе особых достоинств и качеств. Больной рассказывает о себе различные истории, где он играет героическую роль. Он легко может изменить свое поведение и в соответствующей обстановке становится подчеркнуто скромным, застенчивым, пытается вызвать к себе сочувствие, жалость. Все поведение, манера одеваться направлены на то, чтобы обратить на себя внимание, подчеркнуть свою значимость.

**Психастеническая психопатия.** Расстройство личности, в основе которого лежат тревожность и неуверенность в себе. Дети с психастенической психопатией отличаются исключительной застенчивостью, повышенной впечатлительностью, постоянной боязнью сделать что-нибудь не так. Эти черты сохраняются и у взрослых — они не уверены в себе, постоянно сомневаются в правильности своего поведения, прежде чем что-то сделать, мучительно размышляют о том, надо ли вообще это делать, а если надо, то смогут ли они, правильно ли будет с их стороны браться за это дело. Они испытывают большие трудности в общении с окружающими, особенно с незнакомыми людьми.

**Шизоидная психопатия.** При этом виде психопатии люди замкнуты, необщительны, очень трудно вступают в контакт с окружающими. В детстве они сторонятся сверстников, предпочитают играть в одиночестве в тихие и спокойные игры, никогда не делятся своими переживаниями, не могут найти общего языка с родителями, товарищами, учителями. Взрослые люди в основном сохраняют эти черты. Контакты с коллегами и друзьями обычно формальные. Шизоидные психопаты безразличны к окружающим, в том числе и к близким (родителям, родственникам).

### **Судебно-психиатрическая экспертиза психопатий**

Такая экспертиза назначается довольно часто. В большинстве случаев это возбудимая, истерическая или паранойяльная форма психопатии. Между типом расстройства личности и совершенными правонарушениями прослеживается определенная корреляция. Так, лица с возбудимой и истерической психопатией чаще склонны к хулиганским действиям, а агрессивные целенаправленные поступки более свойственны лицам с паранойяльной формой психопатии. Как правило, психопаты, совершившие

уголовно наказуемые деяния, признаются вменяемыми. Сложности у экспертной комиссии иногда возникают в оценке вменяемости лиц с паранойяльной формой психопатии, которую необходимо дифференцировать с проявлением так называемой сверхценной идеи, а также с паранойяльной формой шизофрении. Если удастся установить паранойяльную форму психопатии, то правонарушитель признается вменяемым, если же доказано, что у больного имеет место сверхценная идея или он страдает шизофренией, то он невменяем. Установление дееспособности лиц с психопатией редко бывает поводом для судебно-психиатрической экспертизы. Трудности может представить экспертиза по поводу патологических влечений. Если патологическое влечение является единственным отклонением психики от нормы, человек признается вменяемым. Если патологическое влечение — лишь один из симптомов психического заболевания, заключение о вменяемости и дееспособности зависит от глубины изменения личности и выраженности других симптомов болезни.

## Эпилепсия

Это психическое заболевание с судорожными или бессудорожными припадками, психозами, изменением личности вплоть до слабоумия. К эпилепсии приводят органические поражения головного мозга: родовая и послеродовая травма, кислородное голодание, пороки развития центральной нервной системы плода. Имеются 3 варианта течения болезни.

**Большой судорожный припадок (пароксизм).** Припадок типичен, имеет характерные признаки и фазы развития. За несколько часов, а иногда за несколько дней до припадка у больного появляются головная боль, нарушение сна, раздражительность. Это так называемый предприпадочный период. Часто за несколько секунд до пароксизма появляется аура, а затем внезапно больной теряет сознание, все его мышцы расслабляются и он падает. Тотчас же появляются судороги, которые длятся 2-3 мин. В эту фазу приступа в связи со спазмом мышц гортани у больного вырывается громкий крик, из-за спазма мышц мочевого пузыря происходит непроизвольное мочеиспускание, нередко больной прикусывает язык, в углах рта появляется пена. Припадок продолжается не более 5 мин и сменяется сном. Иногда вместо сна в постприпадочном состоянии появляется оглушенность, больной дезориентирован в окружающем, растерян, теряет голос, не может понять происходящее, возникает двигательное беспокойство. Больной не помнит о перенесенном припадке.

Частота припадков различна. Иногда это единичные случаи на протяжении жизни, иногда пароксизмы возникают несколько раз в сутки. Изредка припадки имеют вид серий, между ними почти нет промежутка. В таких случаях говорят об *эпилептическом статусе*, угрожающем жизни больного.

**Малый припадок.** Малый припадок возникает внезапно — больной на несколько секунд теряет сознание, но это не сопровождается падением и развитием судорог, лишь иногда наблюдаются подергивания отдельных мышц. У больного бессмысленный блуждающий взгляд, он застывает в одной позе и замолкает или повторяет одно и то же слово. Очнувшись, больной продолжает прерванную работу и не помнит о случившемся.

**Бессудорожные пароксизмальные приступы или психические эквиваленты** — кратковременные психические расстройства, возникающие самостоятельно, как бы вместо припадка. Так же как и припадки, эквиваленты возникают и кончаются внезапно, непродолжительны (хотя в отличие от припадков могут продолжаться часы и дни), обычно постоянны в своих клинических проявлениях у одного и того же больного. Психическим эквивалентам могут предшествовать неспецифические предвестники, в ряде случаев аура.

*Дисфории* — эпилептические расстройства настроения. Это наиболее частая форма психических эквивалентов. Состояния с пониженным настроением встречаются чаще, чем с повышенным. Депрессивное настроение при дисфориях чаще всего сопровождается тоской, тревогой,

беспричинным страхом, сочетающимися со злобностью, подозрительностью, напряженностью, готовностью к разрушительным действиям, направленным обычно против окружающих. Нередко больные жалуются на неодолимое желание убить кого-нибудь из близких или покончить с собой. Дисфории могут сопровождаться неприятными, а порой и мучительными физическими ощущениями—сенестопатиями: боль в сердце, жжение в различных участках тела, чувство сжатия некоторых внутренних органов.

Состояния повышенного настроения обычно сопровождаются восторженностью, достигающей экстаза на высоте эпизода. Реже повышенное настроение имеет черты дурашливости с паясничаньем. На высоте аффективного расстройства может развиваться помрачение сознания, что доказывают отрывочные воспоминания больного о происшедшем. В периоды дисфорий могут возникнуть непреодолимое стремление к бродяжничеству (дромомания, пориомания), запойное пьянство (дипсомания), больные совершают кражи (клептомания), поджоги (пиромания), сексуальные эксцессы.

**Сумеречные помрачения сознания** — самая частая форма расстройства сознания при эпилепсии, определяется дезориентировкой в месте, времени, собственной личности: сопровождается неправильным поведением. Больной не воспринимает окружающее, и оно не отражается на его поведении. Больной может совершать относительно сложные целенаправленные действия, но чаще это бывают отдельные автоматизированные движения. Речь или отсутствует, или бессвязная. Вступить в разговор с больным невозможно. Расстройства исчезают постепенно. При эпилепсии может развиваться *сомнамбулизм*, или *лунатизм*. Встав с постели во время ночного сна, больные бесцельно ходят по комнате, выходят на улицу, могут забираться на крышу. На вопросы не отвечают, близких не узнают. Обычно больные сами через несколько минут ложатся и засыпают, порой в неподходящем месте, о бывшем припадке не помнят. У больных эпилепсией постепенно развиваются *изменения личности*. Медленно нарастают заторможенность, медлительность мышления. Речь многословна, но больной не может выделить главную мысль. Собственное «я» всегда в центре внимания. Эти особенности прогрессирующего изменения личности приводят в конце концов к слабоумию.

## Судебно-психиатрическая экспертиза эпилепсии

При подозрении на эпилепсию необходимы стационарное обследование, длительное наблюдение в соответствующей клинике. Обвиняемые, больные эпилепсией, признаются невменяемыми и направляются на принудительное лечение. Если у больного еще нет выраженных изменений психики и правонарушение совершено им вне пароксизма, он может быть признан вменяемым на момент совершения преступления. Таким больным в дальнейшем во время отбывания срока наказания рекомендуется противозэпилептическое лечение с целью предупреждения повторных

правонарушений уже в местах лишения свободы. Следует подчеркнуть, что больные эпилепсией не допускаются к работе с огнем и у огня, на высоте, около движущихся механизмов.

### ***Психические расстройства при травмах головного мозга***

Число черепно-мозговых травм прогрессивно увеличивается в результате многих причин - от резкого роста злоупотребления алкоголем и до военных действий в разных регионах страны. Выделяют открытые и закрытые черепно-мозговые травмы. Открытые повреждения могут быть проникающими, т.е. с повреждением мозга, и непроникающими. Большинство составляют закрытые черепно-мозговые травмы, к которым относятся ушиб и сотрясение мозга.

Часто черепно-мозговые травмы сопровождаются появлением психических расстройств, в развитии которых выделяют 4 периода: начальный; острый; период выздоровления (реконвалесценции); период отдаленных последствий.

*Начальный период.* Сразу после травмы большинство людей теряют сознание. Это состояние может затем смениться оглушенностью либо усугубляться до мозговой комы с утратой рефлексов и угрозой для жизни.

*Острый период* длится от 1 сут до 2 мес и более. В зависимости от тяжести травмы мозга сознание может выключаться на разное время — от нескольких секунд или минут до 2-3 сут. После возвращения сознания у пострадавшего наблюдаются различные неврологические проявления, иногда параличи, головная боль, заторможенность. Через 1—2 нед после травмы возможно развитие острых психозов. При ушибах мозга могут появляться эпилептиформные припадки. После тяжелой черепно-мозговой травмы развивается ретроградная амнезия.

В *период выздоровления* появляются симптомы психических расстройств, которые сохраняются и даже усугубляются в *период отдаленных последствий*. Иногда их объединяют термином «синдромы позднего периода». Они проявляются раздражительностью, слабостью, повышенной утомляемостью, головной болью, головокружением, неустойчивым настроением. В позднем периоде появляются различные формы психопатии, а также галлюцинаторно-бредовые и паранойяльные психозы. Иногда развиваются эпилепсия и посттравматическое слабоумие.

Выраженность этих психических расстройств зависит от тяжести черепно-мозговой травмы, ее особенностей, общего физического состояния потерпевшего и ряда других причин.

### **Судебно-психиатрическая экспертиза**

Судебно-психиатрическая экспертиза перенесшего черепно-мозговую травму зависит от выраженности психических расстройств. Большинство обвиняемых осознают общественную опасность своих деяний в момент их

совершения, могут управлять своими действиями и потому признаются вменяемыми. Однако если у обвиняемого выявляются помрачение сознания, бред, галлюцинаторные и паранойяльные психозы, а также выраженное посттравматическое слабоумие, больные, как правило, признаются невменяемыми. По решению суда они направляются на принудительное лечение в психиатрические больницы.

У больных с посттравматическими изменениями психики часто развивается астенический синдром с неустойчивостью психического состояния. Психогенные расстройства могут быть реакцией на арест, следствие, заседание суда, условия отбывания наказания. Если эти расстройства выражены значительно, экспертная комиссия может рекомендовать временное прекращение следственно-судебных действий, направление обвиняемого в психиатрическую больницу для принудительного лечения. После его выхода из болезненного состояния могут быть продолжены судебно-следственные действия или отбывание уже назначенного наказания. Дееспособность людей с посттравматическими нарушениями психики определяют в соответствии с выраженностью психических расстройств. Если у подэкспертного выражено посттравматическое слабоумие или затяжной тяжелый психоз, то его признают недееспособным, а совершенные им гражданские акты недействительными.

### *Олигофрении*

**Олигофрения (слабоумие)** — это интеллектуальное недоразвитие, обусловленное повреждением мозга во время родов или на 1-м году жизни, а также врожденными и наследственными дефектами развития. Эти повреждения могут быть связаны с генетическими нарушениями у родителей (различными хромосомными аномалиями), передающимися потомству в виде болезни Дауна, микроцефалии («маленький мозг»). Формирование головного мозга во внутриутробном периоде нарушается и под влиянием различных вредностей — алкоголя, наркотиков, микробных и вирусных токсинов. Олигофрения может развиваться после органических повреждений мозга в результате родовой травмы, нейроинфекций и черепно-мозговой травмы на 1-м году жизни, когда еще не закончено формирование мозга.

Психические расстройства при олигофрениях заключаются в недоразвитии психики и в недостаточности интеллекта. Дети с олигофренией отстают в развитии, очень поздно начинают говорить, ходить (с 3—5 лет), их движения недостаточно координированы, мимика однообразна. Общее телосложение непропорционально - голова либо слишком маленькая, либо очень большая. Резко нарушено мышление, преобладают низшие эмоции на уровне инстинктов. Больные не способны к какой-либо целенаправленной деятельности. Все эти нарушения сохраняются в течение всей жизни.

Выделяют 3 степени психического недоразвития: идиотию, имбецильность, дебильность.

**Дебильность** - легкая степень олигофрении. Мышление больных примитивное, конкретное, они не способны оперировать абстрактными представлениями, интеллект снижен. Вместе с тем дебилам под силу простейшие обобщения, нередко они имеют хорошую механическую память и большой запас слов, хотя речь все равно остается бедной и однообразной. Эти больные способны освоить курс начальной школы или специальной школы для умственно отсталых. Они неплохо ориентируются в бытовых ситуациях, могут обслуживать себя и способны к несложной работе. Обычно дебилы вступают в брак. Этим больным свойственны недостаточное самообладание, неспособность к управлению своими влечениями, повышенная внушаемость, в результате чего дебилы нередко поддаются чужому влиянию и совершают криминальные поступки по постороннему научению.

**Имбецильность** - средняя степень слабоумия. Имбецилы могут говорить, употребляя 20—30 слов, иногда даже произносят короткие фразы. Мышление очень конкретно, больные способны к механическому запоминанию, но без понимания смысла того, что запомнили. Иногда они овладевают элементарными арифметическими действиями — сложением и вычитанием в пределах нескольких единиц. Суждения очень бедны, несамостоятельны, обычно больные копируют суждения окружающих. Имбецилы усваивают элементарные навыки самообслуживания, иногда простейшие трудовые приемы — могут, например, забить молотком гвоздь, распилить доску. Самостоятельно жить они не могут и нуждаются в постоянной опеке. Эмоции у имбецилов элементарны — смех, радость, плач, гнев. В обычных обстоятельствах больные теряются, они застенчивы. Вместе с тем у этих больных отмечаются злопамятность, обидчивость, иногда злобность и агрессивность. В период полового созревания нередко появляются психомоторное возбуждение и эротическое влечение к матери, сестре, соседке (если имбецил мужчина) или к отцу, брату (если имбецильностью страдает женщина). Могут быть попытки изнасилования, в том числе детей или престарелых, обычно сопровождающиеся избиением жертв. Больные не осознают общественную опасность своих деяний.

**Идиотия** - это наиболее тяжелая форма олигофрении, при которой либо полностью отсутствует реакция на окружающее, либо она неадекватна. Больные почти не могут говорить, обращенную к ним речь воспринимают с большим трудом, обычно не понимают ее смысл, улавливая только интонацию. Идиоты реагируют нечленораздельными звуками лишь на голод, холод или боль. Они не могут себя обслуживать и нуждаются в постоянном уходе. Обычно эмоции у таких больных не выражены, но тем не менее нередко появляются приступы злобы, гнева, которые могут проявиться в агрессии по отношению к окружающим или к самим себе. Наряду с психическими нарушениями у идиотов часты неврологические поражения — параличи, судорожные припадки. Эта форма олигофрении не поддается терапевтическому воздействию.

## **Судебно-психиатрическая оценка олигофрении**

Судебно-психиатрическая оценка пациентов с идиотией и имбецильностью обычно не вызывает затруднений. Эти больные признаются невменяемыми и недееспособными. Значительно сложнее оценить с этих позиций дебилность, так как далеко не всегда дебил действительно не осознает общественную опасность своих действий (или бездействия). Иногда дебилы способны к аггравации своего психического состояния, пытаются создать впечатление более глубокого слабоумия, чем на самом деле. Это указывает на достаточно высокий уровень их мышления. Экспертное заключение о вменяемости может быть различным в зависимости от психического состояния конкретного больного и характера совершенного им правонарушения. Более того, иногда один и тот же больной может быть признан вменяемым по одним правонарушениям и невменяемым по другим.

При олигофрении в форме идиотии, имбецильности и глубокой дебилности подэкспертные признаются недееспособными. Больные с более легкой дебилностью дееспособны. Теми же принципами и признаками руководствуются эксперты при судебно-психиатрической оценке свидетелей и потерпевших с олигофренией.

## ***Психические расстройства в старческом возрасте***

Психические заболевания в предстарческом и старческом возрасте в последние годы стали предметом интенсивного и всестороннего изучения. Предстарческим считают возраст 55-75 лет, а старческим - старше 76 лет. Более половины больных с психическими расстройствами в результате органических поражений мозга составляют люди старческого и предстарческого возраста. Психические расстройства, обусловленные возрастом, можно условно разделить на психические нарушения, в основе которых лежат изменения обмена веществ в мозге с нарушением всех его функций, прежде всего мыслительной деятельности, и психические нарушения, вызванные заболеванием сосудов головного мозга и связанным с этим поражением ткани центральной нервной системы. По статистическим данным, средняя продолжительность жизни людей значительно возросла и увеличилось число пожилых людей в обществе. Психические отклонения наблюдаются у 30—35% людей старше 65 лет, а старческие психозы с выраженными нарушениями психики — у 3—5%.

Наряду со специальным изучением клиники психических расстройств у лиц предстарческого и старческого возраста в последние годы много внимания уделяют роли различных факторов в возникновении психических нарушений у таких лиц и условиям, способствующим их социальной реабилитации. Хотя основная программа старения заложена в генетических механизмах, на выполнение этой программы влияют многочисленные внешние факторы.

Нарушения психики, развивающиеся по мере старения, весьма индивидуальны. Вместе с тем можно наблюдать определенную динамику ослабления функций мозга по мере старения. Сравнительно рано утрачивается яркость воображения, ухудшается способность к быстрому переключению внимания. Затем начинает прогрессивно ухудшаться память, решение интеллектуальных задач требует большего времени. Изменяются эмоции — появляются смутное чувство тревоги, пессимизм. Расстройства психики у лиц пожилого и старческого возраста могут проявляться в виде пограничных состояний или в виде слабоумия, психозов, бреда.

**Пограничные состояния** включают в себя неврозоподобные состояния, расстройства поведения и эмоций, а также изменение личности. Неврозоподобные расстройства проявляются в нарушении сна, неустойчивости настроения, раздражительности, беспокойстве о близких, тревоге за свое здоровье. Появляются мнительность, боязнь (фобии) заболеть неизлечимым заболеванием, например раком (канцерофобия), инфарктом миокарда (кардиофобия). Изменения личности заключаются в том, что свойственные человеку особенности характера как бы усиливаются и переходят в новое качество. Так, недоверчивость переходит в подозрительность, бережливость — в скардность, настойчивость — в упрямство. Новая информация усваивается с трудом. Нарушается память на текущие события, снижается критика к своим поступкам и происходящим вокруг изменениям. По мере старения все эти нарушения могут нарастать, память может почти полностью разрушиться, интеллектуальные способности снижаются вплоть до развития слабоумия, в эмоциях преобладают слезливость, апатия, ворчливость.

**Старческое слабоумие (деменция)** связано прежде всего с прогрессирующим атеросклерозом сосудов мозга. По мере прогрессирования изменений сосудов и атрофии ткани центральной нервной системы нарастают психические расстройства. Появляются и усиливаются раздражительность, ворчливость, упрямство наряду с внушаемостью и доверчивостью. Особенно прогрессирует снижение памяти, нарастает слабоумие. Постепенно могут формироваться бредовые идеи ограбления, разорения, обнищания. Пробелы в памяти возмещаются ложными воспоминаниями о событиях, которых не было. Вместе с тем больной может, выйдя на улицу, забыть, где находится его дом, блуждает в его поисках. Наряду с выраженным снижением мыслительной способности и понимания окружающего хорошо сохраняются привычки, навыки, основные формы поведения. Иногда наблюдается расторможенность инстинктов, и у старых людей появляется гиперсексуальность в виде ревности, попыток развратных действий в отношении несовершеннолетних. Может развиваться неукротимый аппетит. В далеко зашедших случаях старческого слабоумия на почве атеросклероза сосудов мозга у больных могут появиться психозы - депрессивные, параноидные, иногда с галлюцинациями, временным помрачением сознания.

При развитии параноидного синдрома больные замкнуты, подозрительны и мнительны, часто высказывают бредовые идеи преследования, отравления, ущерба (окружающие всё крадут). Все это сочетается со вспышками злобной раздражительности вплоть до агрессии. В этом состоянии больные могут совершать общественно опасные действия. Реже при старческих психозах наблюдаются депрессия, тоска, самообвинение. Эти симптомы сочетаются с жалобами на головную боль, шум и звон в ушах, головокружение. Течение старческого слабоумия волнообразно, т.е. периоды обострения могут сменяться периодами некоторого благополучия. Это касается и интенсивности сенильных (старческих) психозов. Однако в целом старческое слабоумие может только прогрессировать, хотя и с различной скоростью.

**Болезнь Альцгеймера** далеко не редкость у людей старше 60 лет с психическими расстройствами. Полагают, что около половины всех пожилых и престарелых со слабоумием больны болезнью Альцгеймера. Ее причины не совсем ясны, хотя в последние годы было установлено, что развитие этого заболевания связано с наследственностью. Болезнь Альцгеймера прогрессирует, но скорость прогрессирования весьма индивидуальна. Болезнь может длиться от нескольких месяцев до 12 лет. Женщины болеют в 3 раза чаще мужчин.

При болезни Альцгеймера нарастает потеря памяти и развивается тотальное слабоумие. В начале заболевания наряду с быстрым ухудшением памяти появляются слезливость, раздражительность, депрессия. Вскоре присоединяется дезориентация в пространстве - больные не могут найти выход из комнаты, будучи на улице, не могут найти свой дом, подъезд, квартиру. Прогрессирует и слабоумие — поведение больных становится нелепым, они теряют бытовые навыки, их движения становятся бессмысленными. Появляются расстройства речи, иногда эпилептиформные припадки. Психические расстройства проявляются в виде бреда преследования, отравления, ограбления, слуховых или зрительных галлюцинаций, в психомоторном возбуждении, обычно ночью, временами в помрачении сознания. По мере прогрессирования болезни Альцгеймера присоединяются симптомы соматических болезней — воспаления легких, нарушения сердечной деятельности и др. Болезнь Альцгеймера неизлечима.

**Болезнь Пика** встречается значительно реже, чем болезнь Альцгеймера. Она нередко начинается псевдопаралитическим синдромом (преимущественно при поражении лобных долей головного мозга) или изменениями личности в виде эмоционального снижения, психической и моторной спонтанности. Критика сильно нарушается при относительно длительной сохранности формальных знаний, навыков и памяти. При распаде экспрессивной речи возникают особые речевые стереотипии, эхолалия, на отдаленных этапах болезни — апрактические нарушения.

Продуктивные психотические расстройства при болезни Альцгеймера и болезни Пика довольно редки. Психотические эпизоды (делириозные или аментивные) сочетаются со злокачественным течением болезни.

## **Судебно-психиатрическая экспертиза**

Люди пожилого и старческого возраста значительно реже совершают преступления по сравнению с более молодыми людьми. Однако половые преступления, особенно против маленьких детей, совершенные престарелыми, не представляют собой исключительной редкости. Разумеется, иногда приходится иметь дело и с другими преступлениями, в том числе убийствами, воровством, причинением вреда здоровью, совершенными пожилыми и престарелыми. Во всех таких ситуациях, так же как и в тех случаях, когда старые люди совершают поступки, относящиеся к гражданским делам, проводится судебно-психиатрическая экспертиза. Лица с явлениями выраженного слабоумия или совершившие преступления в период психоза признаются невменяемыми и недееспособными, так же как и страдающие болезнью Альцгеймера. Лишь немногие из них — злобные, с бредовыми идеями, возбудимые — могут быть направлены на принудительное лечение. Большинство престарелых больных, совершивших нетяжкие преступления, в поведении которых преобладают вялость, незначительная активность, могут быть направлены в психиатрические больницы общего типа. Атеросклеротическое слабоумие, развившееся после осуждения престарелого, служит основанием для освобождения его от дальнейшего отбывания наказания.

Люди пожилого и старческого возраста с психопатоподобными явлениями (раздражительностью, вспыльчивостью), неглубокой депрессией, неврозами способны сознавать общественную опасность своих действий и признаются вменяемыми. Определение дееспособности людей с сосудистыми поражениями головного мозга, особенно в связи с волнообразностью течения заболевания, представляет большие трудности, особенно после смерти лица, оставившего завещание либо какой-нибудь другой юридический акт. В этом случае заключение выносится на основании ретроспективного изучения медицинских документов, показаний свидетелей и др. Если обследуемый жив и снижение его интеллекта, памяти и других психических нарушений не препятствует критической оценке им своих поступков, он признается дееспособным.

## ***Пресенильные психозы***

Пресенильные психозы выделены главным образом по возрастному признаку. Пресенильные психозы стали рассматриваться как результат шизофрении, маниакально-депрессивного психоза, атеросклероза или других заболеваний со специфическими наслоениями возрастных психических особенностей. Возникновение пресенильных психозов зависит от возрастных, соматических и психических факторов. Пресенильные психозы чаще возникают у женщин в пременопаузальном и климактерическом

периоде. Эндокринные сдвиги имеют важное значение в генезе легких эмоциональных расстройств.

Среди психозов предстарческого возраста особое положение занимают психические расстройства вследствие атрофических процессов в головном мозге. В рамках психозов предстарческого возраста выделяют инволюционную меланхолию, парафрению и пресенильные деменции.

*Инволюционная меланхолия* является наиболее распространенным заболеванием. Она начинается обычно опасениями, неопределенными страхами, ожиданием несчастья, нередко ипохондрическими идеями. Могут присоединиться идеи виновности и преследования. Эти болезненные симптомы могут возникать и на фоне двигательной заторможенности. Пресенильная депрессия отличается от шизофренической тревожным опасением и неопределенными страхами, тревожным возбуждением, сочетающимся с нигилистическим фантастическим бредом. От органических психозов инволюционная меланхолия отличается типом инициальных расстройств (тревога, ожидание несчастья, ипохондричность), отсутствием эпизодов помрачения сознания, свойственных органическим психозам.

Для *инволюционного параноида* типичны яркие бредовые идеи и галлюцинации. Бред стоек, ему свойственны конкретность и обыденность содержания. Бредовые идеи и галлюцинации различны по содержанию, наиболее характерны бредовые идеи ущерба и ревности. Больные жалуются на то, что их преследуют на работе или в квартире те или иные лица, хотят «сжить их со света», завладеть их жилплощадью, имуществом. Бредовые идеи ревности также связаны с определенными лицами и обстоятельствами.

*Кататоническая форма* - редкий вариант пресенильных психозов. Она развивается преимущественно из инволюционной меланхолии. Вместе с тоскливо-тревожным состоянием у больных появляется двигательная заторможенность, которая может достигнуть глубины ступора. Больные поддерживают избирательный контакт с окружающими и негативистическая реакция отмечается лишь в отношении отдельных лиц. Упорные отказы больных от пищи нередко сочетаны с идеями самообвинения.

*Инволюционную истерию* выделяют как самостоятельную форму пресенильного психоза. У больных отмечаются бурные эмоциональные реакции по незначительным поводам, они часто ощущают спазм в горле при волнении, жалуются на неприятные ощущения в теле. Нередко бывают парезы конечностей и истерические припадки. Пресенильный психоз может начаться с психогенно-истерической симптоматики в психотравмирующей ситуации после совершения правонарушения, во время следствия.

### ***Сенильные психозы***

Старческие (сенильные) психозы возникают обычно в возрасте 60—70 лет, заболеваемость мужчин и женщин приблизительно одинакова. В возникновении заболевания имеют значение психические травмы и соматические вредности. В последние годы особое внимание уделяют

генетическим аспектам старения. Для изучения патологических изменений организма пожилых людей, страдающих психическими расстройствами, интересны данные о патоморфологических изменениях головного мозга.

Выделяют 4 стадии старческого психоза: интеллектуальные изменения, появление бредовых идей, глубокое слабоумие, общий маразм и адинамия. В клинике психозов условно выделяют две формы: старческое слабоумие и старческие психозы в собственном смысле.

При старческом слабоумии основное значение имеют выраженные тотальные интеллектуальные расстройства в сочетании с особыми мнестическими и эмоциональными нарушениями.

Болезнь начинается, как правило, исподволь, незаметно. Типичны прогрессирующая амнезия и конфабуляции. Нарушается память, прежде всего на текущие события, затем мнестические расстройства распространяются на более ранние периоды жизни больного. Образовавшиеся пробелы памяти больные заполняют вымышленными событиями (псевдореминисценции и конфабуляции). Большинство авторов указывают на различие между этими понятиями. К псевдореминисценциям относят высказывания больных о тех событиях или обстоятельствах, которые имели место в жизни; больные лишь произвольно перемещают их во времени. Под конфабуляциями обычно понимают фантазии больных, неправдоподобные по обстоятельствам и легко меняющиеся по содержанию.

Эмоциональная сфера больных резко суживается и изменяется, наблюдается либо благодушие, либо угрюмо-раздражительное настроение. Наблюдаются распад целостного пространственного восприятия, невозможность правильной оценки ситуации и обстановки в целом. Поведение становится пассивным или суетливым (собирают вещи, пытаются куда-то уйти). Нередко поведение больных определяет расторможенность инстинктов — повышенный аппетит и сексуальность. Сексуальная расторможенность проявляется в идеях ревности, в попытках к развратным действиям с малолетними.

При старческих психозах часто встречаются психические нарушения в виде бреда и галлюцинаций. Они наблюдаются в начале заболевания при отсутствии выраженного слабоумия, одновременно возникают эмоциональные нарушения в виде депрессивных состояний. Больные высказывают бредовые бред преследования, виновности, обнищания и ипохондрические идеи. Вместе с бредовыми идеями у больных обнаруживается и галлюцинаторная симптоматика, наиболее характерны зрительные галлюцинации. Они бывают всех видов и по содержанию связаны с бредовыми идеями. Депрессивные состояния в старческом возрасте сходны с таковыми в предстарческом. Возможно волнообразное течение бредовых психозов в пожилом возрасте.

### **Судебно-психиатрическая оценка**

Под влиянием болезненных побуждений больные пресенильным психозом могут совершать опасные действия в отношении как окружающих, так и себя. Больные инволюционной меланхолией иногда убивают членов своей семьи и затем совершают самоубийство во избежание мучительной гибели, которая якобы их ожидает. Под влиянием бредовых идей преследования или ревности больные также могут совершать опасные действия против воображаемых преследователей или соперников. Больные, совершающие опасные действия в состоянии глубоких аффективных (тревожно-тоскливые или галлюцинаторно-бредовые состояния) расстройств, невменяемы. Больных пресенильными психозами направляют на судебно-психиатрическую экспертизу в связи не только с их опасными действиями, но и с вопросами гражданского процесса (бракоразводные дела, имущественные сделки, дарственные акты, завещания). Больные с глубокими и стойкими расстройствами недееспособны.

Пресенильный психоз может развиваться после начала судебного дела или во время отбывания наказания. В таких случаях экспертные вопросы решаются в зависимости от состояния больных. Больные с аффективными нарушениями и с относительно благоприятным течением заболевания лишь на некоторое время нуждаются в лечении в психиатрической больнице. По выходе из болезненного состояния они могут отбывать наказание.

Больные, у которых заболевание принимает хроническое тяжелое течение, не могут нести ответственность и отбывать наказание. Они направляются на принудительное лечение в психиатрические больницы. Судебно-психиатрическую экспертизу больных сенильными психозами назначают по разным поводам. Больные могут совершать опасные действия в связи со слабоумием, а также по бредовым мотивам. Больной старческим слабоумием может вызвать пожар, забыть выключить газ. При сексуальной расторможенности такие больные совершают попытки растления малолетних и несовершеннолетних, развратные действия. При бредовых идеях ревности возможны покушения на убийство жены, мужа, воображаемого соперника.

Часто таких больных направляют на судебно-психиатрическую экспертизу в связи с гражданскими делами (завещания, дарственные акты, иные сделки). Следует иметь в виду, что соматические и психические признаки старческой дряхлости сами по себе, если нет слабоумия и продуктивной психотической симптоматики, не исключают дееспособности. При старческом психозе в форме как слабоумия, так и выраженных депрессивных, галлюцинаторно-параноидных расстройств больные невменяемы и недееспособны. В случае заболевания старческим психозом во время отбывания наказания эти больные освобождаются от ответственности и направляются на принудительное лечение в психиатрические больницы.

## ***Шизофрения***

Хроническое психическое заболевание с типичными изменениями личности и другими психическими расстройствами, приводящими к стойким

нарушениям социальной адаптации и трудоспособности. Заболевание имеет несколько форм. Комплекс общих проявлений болезни проявляется в потере больными контактов с окружающими людьми, в нарастании замкнутости, отчужденности, утрате интереса к окружающему и к какой-либо деятельности. Прогрессируют нарушения мышления в виде остановки мыслей или, наоборот, неуправляемого потока мыслей, появлении так называемых эхо-мыслей, параллельных мыслей. При далеко зашедшей болезни речь и мысли больного утрачивают логику, наблюдаются соскальзывание мыслей и речевая разорванность.

Нарушения в *эмоциональной сфере* начинаются с утраты привязанности к близким и сострадания, больной становится замкнутым и безразличным, холодным эгоистом. Со временем пропадает интерес к любимому занятию, к работе. Появляются странности в поведении, необычные поступки. По мере прогрессирования заболевания больной становится неряшливым, неопрятным, не соблюдает правил личной гигиены. Довольно рано у него появляются зрительные, слуховые, обонятельные *галлюцинации*, а также различные формы *брёда*. Бред физического воздействия сочетается с псевдогаллюцинациями, не связанными с реальным объектом. Они видятся «мысленно», «внутренним оком». Бред и псевдогаллюцинации больной воспринимает как реальность. В этом состоянии больные способны совершать тяжкие преступления вплоть до немотивированного убийства. Одним из проявлений нарушения двигательной деятельности при шизофрении является кататонический синдром в виде либо ступора, либо возбуждения.

Течение шизофрении может быть быстрым (злокачественным), и через 3—5 лет после начала заболевания наступают тяжелые изменения личности: слабоумие с выраженной апатией, бредовыми идеями, галлюцинациями, бессмысленной речью при грамматически правильном построении. Более характерно приступообразное течение шизофрении, когда ухудшение состояния сменяется его улучшением. Однако по мере нарастания числа приступов изменения личности больного прогрессируют.

Выделяют несколько форм шизофрении, которые различаются в основном тяжестью и некоторыми особенностями психических изменений. Вместе с тем выделяют несколько психических расстройств, имеющих генетическую общность с шизофренией, но тем не менее отличающихся от нее. К таким расстройствам относят шизотипическое расстройство, паранойю, инволюционный, реактивный и индуцированный параноиды.

**Шизотипическое расстройство (вялотекущая шизофрения).** Больным свойственны странности поведения, некоторая эксцентричность, психопатические проявления типа истерических, астенических приступов, навязчивых идей. Постепенно нарастают изменения личности в виде эмоциональных нарушений (черствость, иногда враждебность к близким, немотивированные смены настроения). Появляется склонность к самоанализу, копанию в самом себе или к решению глобальных. По мере прогрессирования заболевания эти симптомы усиливаются. Может,

например, появляться стойкий бред ревности у больного без выраженных других психических отклонений. Исходы шизотипического расстройства в целом благоприятны. Больные сохраняют трудоспособность, хотя и считаются людьми со странностями.

**Паранойя.** Стойкий однообразный бред без смены ухудшения и улучшения. Тема бреда однообразна — ревность, преследование, бредовые (ложные) убеждения в наличии какого-нибудь уродства, физического недостатка. Выделяют 3 формы паранойи.

**Инволюционный параноид** часто возникает у женщин. На фоне тревожно-подавленного настроения развивается бредовая идея, обычно идея угрозы благополучию или здоровью больных или их близких. Бред не фантастический, он вполне конкретен. Например, больная может быть убеждена, что соседи хотят ее выжить из квартиры, в ее отсутствие проникают к ней в жилище, воруют продукты, портят вещи, переставляют мебель, может утверждать, что ей подкладывают чужие вещи с целью обвинить ее в воровстве. Иногда высказывания больных выглядят вполне правдоподобными, больные или их родственники обращаются в милицию или в другие административные органы. По жалобам нередко начинается расследование.

Бредовые переживания очень стойки, выздоровления не наступает, хотя могут быть периоды ослабления болезненных явлений. Постепенно изменяется личность больного — круг его интересов становится очень узким, часто он замыкается на своих переживаниях, нарастают тревожность, подозрительность, усиливается бред.

**Реактивный параноид** заключается в ложных, болезненных оценках реальных фактов и событий. Суждения отражают сверхценные идеи. Например, санитарный врач, вынесший постановление о закрытии коммерческого предприятия за некачественное производство продуктов питания, начинает везде высказывать опасения, что его за это преследуют, хотят убить, ведут за ним слежку, уже назначили плату за его убийство. Реактивные параноиды могут проходить, если разрешается психотравмирующая ситуация, но значительно чаще они сохраняются годами.

**Индукцированный параноид** - это форма бреда, который возникает у внушаемых, инфантильных людей под влиянием каких-то психогенных воздействий, но не обязательно исходящих от другого лица. Человек как бы навязывает свои бредовые идеи другому лицу, убежден в том, что один из близких ему людей или товарищей по работе думает о нем и хочет поступить с ним именно таким образом, как это представляется больному, и он ничего не может с этим поделать. Этот бред нестойк.

### ***Острые и транзиторные психотические расстройства***

Это неожиданно развивающиеся транзиторные, т.е. проходящие, приступы психических нарушений различной продолжительности — от

нескольких минут до нескольких недель. Они могут быть без симптомов шизофрении, с симптомами, похожими на шизофрению, и с признаками истинной шизофрении. Если приступ с признаками шизофрении длится более 1 мес, обычно диагностируют шизофрению.

Психотический приступ начинается внезапно у человека любого возраста. В течение жизни может быть от 1 до 4 приступов и более, но каждый из них провоцируется каким-нибудь внешним раздражением. У больного появляется бред, кататонические расстройства. Психотические приступы не меняют в принципе личность больного, но, если они появляются часто, могут произойти некоторые отклонения в характере и мыслительных способностях. Например, такой больной может отличаться повышенной трудоспособностью, но при этом снижается эффективность труда. Больные понимают свое состояние и четко определяют, когда они здоровы, а когда у них начинается психотический приступ. Однако нередко у них развивается депрессия с суицидальными мыслями и даже попытками самоубийства.

### **Судебно-психиатрическая экспертиза шизофрении и бредовых расстройств**

Больные шизофренией, пациенты со стойкими бредовыми состояниями в виде шизотипического расстройства, паранойи, инволюционного, реактивного и индуцированного параноидов, а также с острыми психотическими расстройствами наиболее часто становятся объектом судебно-психиатрической экспертизы как в уголовных, так и в гражданских делах. Под влиянием галлюцинаторных и бредовых переживаний, особенно имеющих форму приказаний, они могут совершать убийства, наносить вред здоровью и совершать другие общественно опасные деяния против личности (нападать или защищаться от преследований, устранять людей, «мешающих их открытиям»).

При некоторых формах бреда больные могут покушаться на жизнь врачей, считая, что те умышленно держат их в психиатрической больнице или не только не хотят избавить от болезни, но наоборот, пытаются навредить им и даже убить. Больные с острыми психотическими состояниями также могут совершать немотивированные общественно опасные деяния. Некоторые больные шизофренией становятся участниками криминальных групп, могут быть агрессивными в отношении близких или друзей, коллег.

Больные шизофренией, со стойкими бредовыми идеями, острыми психотическими состояниями признаются невменяемыми в момент совершения преступления, так как не способны осознавать характер и общественную опасность совершаемых ими действий и руководить ими. Таких больных направляют на принудительное лечение. Однако если больной шизофренией совершил преступление в период стойкой ремиссии

без изменения личности или с нерезким изменением, он может быть признан вменяемым.

Обычно большие трудности возникают при определении вменяемости и ответственности больных вялотекущей шизофренией (шизотипическим расстройством), основными критериями которой часто являются странность поведения и своеобразие мышления, а также умеренная неадекватность реакции на окружающее. Определение этих критериев весьма расплывчато, во многом зависит от морально-нравственных представлений эксперта, которому может показаться странной и неадекватной реакция обследуемого, например, на решения и поступки правительства, его оценка действий Президента страны. Судебно-психиатрическая экспертиза при решении вопроса о вменяемости больных вялотекущей шизофренией должна принимать во внимание весь комплекс умеренно выраженных нарушений психики — снижение способности осознавать последствия своих действий, ослабление волевого контроля за своими поступками, реальную социальную опасность действий. В зависимости от такой комплексной оценки экспертов возможны снижение меры наказания и назначение принудительного лечения.

Оценка дееспособности больных шизофренией, лиц с острыми и хроническими психическими расстройствами определяется способностью больного понимать (или не понимать) значение своих действий и руководить ими. Гражданские акты, совершенные в психотическом состоянии, признаются недействительными и не имеют юридической силы. Вопрос о дееспособности больных решается неоднозначно, так как нередко при отчетливых психических расстройствах они сохраняют трудоспособность, бытовые навыки, продолжают работать и поддерживают семейные отношения.

### ***Маниакально-депрессивный психоз***

Психическое заболевание, протекающее в форме сменяющих друг друга депрессивных и маниакальных фаз, между которыми признаков психического расстройства нет. Болезнь протекает циклически и поэтому носит еще одно название — *«циклофрения»*. Распространенность маниакально-депрессивного психоза составляет в среднем 1 на 5000—10 000 населения. Средний возраст заболевших 35—40 лет, чаще болеют женщины.

Маниакально-депрессивный психоз обычно возникает без видимой причины, но иногда он развивается после психических травм, глубоких переживаний, тяжелых инфекционных заболеваний. Приступ может начаться как с депрессивного, так и с маниакального состояния.

Чаще у больного возникает депрессия — появляются угнетенное настроение, гнетущая тоска, которую он ощущает в виде сжатия, давления в области сердца. Замедляется течение мыслей, становится трудно воспринимать и особенно понимать окружающую обстановку и события. У больных тоскливое выражение лица, они говорят медленно, без эмоциональной окраски, движения их также замедлены, причем иногда до

степени ступора. Однако при этом больные всегда отвечают на вопросы, хотя и односложно. Эти наиболее яркие проявления болезни — чувство тоски, замедленность психических процессов и заторможенность двигательных реакций составляют триаду основных признаков депрессии. Больных особенно угнетает то, что им становятся безразличны их родные и близкие.

Депрессия сочетается с другими расстройствами психики. События из жизни, собственные поступки больные видят исключительно в мрачных тонах, на этом фоне могут появляться бредовые идеи самообвинения, самоуничижения. Больные слышат осуждающие их голоса. Все эти психические нарушения особенно интенсивны в утренние часы и ослабевают к вечеру. Возможна атипичная депрессия: чувство тревоги, ожидание катастрофы сопровождаются не заторможенностью, а наоборот, двигательным возбуждением. Больные мечтают, плачут, молят о помощи, иногда пытаются у всех на глазах совершить самоубийство.

Приступ депрессии может переходить в маниакальное состояние, либо между ними имеется какой-то промежуток времени. Маниакальное состояние проявляется повышенным настроением, необычным и неадекватным весельем, ускоренным течением мыслей, повышенной двигательной активностью. Повышенное настроение, ускорение мыслительных процессов и высокая двигательная активность составляют триаду признаков маниакального состояния. Больные очень деятельны, делают ненужную работу, все время отвлекаются, бросают начатое дело, потом возвращаются к нему и снова бросают. Самооценка завышена, они считают себя гениальными или талантливыми людьми, способными на необыкновенные дела и поступки. Иногда это переходит в манию величия, изобретательства или реформаторства. Больные весьма работоспособны, могут зарабатывать деньги, но тратят их совершенно нерационально, любят делать подарки посторонним людям, делают большие долги и т.д. Нередко у таких больных возникает сексуальная расторможенность и они могут совершать развратные действия, изнасилования, склонны к эксгибиционизму. Иногда женщины в состоянии маниакально-депрессивного психоза сами становятся жертвами изнасилования, совершения развратных действий и т.п. Часто у больных повышается склонность к употреблению спиртных напитков. При атипичной форме маниакального состояния на фоне высокой психической и двигательной активности больные не веселы, а раздражительны, легко впадают в гнев, иногда агрессивны.

Продолжительность приступов от 1 нед до нескольких месяцев. Обычно приступ заканчивается нормализацией психического состояния, но через некоторое время повторяется вновь. Течение маниакально-депрессивного психоза различно. Обычно развивается как депрессивный, так и маниакальный приступ, но возможно появление только депрессивных или только маниакальных приступов. Наконец, при неблагоприятном течении депрессия переходит в маниакальное состояние без какого-либо светлого промежутка.

Аффективные расстройства могут проявляться умеренной депрессией — *субдепрессией* и умеренно выраженным маниакальным состоянием — *гипоманией* (от греч. гипо - сниженный, уменьшенный). При субдепрессии (от лат. суб - под, внизу, ниже) у больных возникают подавленное настроение, повышенная утомляемость, безрадостность, они почти не могут на чем-то сосредоточиться. Иногда появляются легкие сенестопатии, физический дискомфорт, но никогда нет бреда, сверхценных идей и т.п. При гипомании отмечаются умеренное повышение психомоторной активности, стойкое хорошее настроение. Больные жизнерадостны, высоко оценивают себя и свои возможности, очень деятельны и их деятельность продуктивна, они успешно выполняют свою работу.

Маниакально-депрессивный психоз может протекать в легкой форме со сменой приступов субдепрессии и гипомании. Эта форма болезни получила название *циклотимии*. Обычно в начале заболевания циклотимией более типичны маниакальные приступы. Затем они становятся реже и начинают преобладать приступы субдепрессии. Короткие в начале болезни приступы постепенно удлиняются, соответственно светлые межприступные промежутки становятся все короче. Эти промежутки носят название *интермиссии*, они характерны именно для маниакально-депрессивного психоза. В интермиссии у больного нет признаков психопатологических расстройств, он остается таким же, каким был до болезни. Вместе с тем в период обострения маниакально-депрессивного психоза больные нуждаются в постоянном наблюдении.

### **Судебно-психиатрическая экспертиза аффективных психозов**

Причиной проведения судебно-психиатрической экспертизы могут быть общественно опасные деяния, которые совершают больные аффективными психозами в состоянии депрессии, инволюционной меланхолии или в маниакальном состоянии. Это могут быть убийства, иногда расширенные, причинение вреда здоровью, изнасилование и другие сексуальные эксцессы. Иногда больные выступают в качестве потерпевших, когда их болезненное состояние используется с целью изнасилования, развратных действий.

Судебно-психиатрическая экспертиза в период болезненного приступа не представляет особых затруднений и освидетельствуемый признается невменяемым. В периоде интермиссии больной вменяем. Если светлые промежутки между приступами очень короткие, то больных признают невменяемыми и рекомендуют направить на принудительное лечение в психиатрическую больницу.

При неглубоких аффективных расстройствах больные могут быть признаны вменяемыми.

В гражданских делах экспертам обычно приходится решать вопрос о психическом состоянии больных, находящихся в маниакальном состоянии. В связи с обусловленной болезнью расторможенностью, повышенной деятельностью, сверхвысокой самооценкой больные могут заключать различные сделки, производить обмен или продажу квартиры, вступать в брак и т.п. Если эти акты были совершены в состоянии болезненного приступа, то выносятся экспертное заключение о признании гражданского акта или сделки недействительной.

### *Нейросифилис*

Психические нарушения вследствие сифилитического поражения головного мозга подразделяют на собственно сифилис мозга в различных его проявлениях и прогрессивный паралич. Оба заболевания прогрессивны. Прогрессивный паралич имеет более злокачественное течение и худший прогноз в отношении жизни, поскольку в нелеченных случаях обычно через 3—4 года приводит к летальному исходу. Большое значение этих заболеваний для психиатрии обусловлено тем, что почти у 10% лиц, заразившихся сифилисом и недостаточно лечившихся, в дальнейшем развиваются явления нейросифилиса.

**Сифилис мозга** относится к ранним формам нейросифилиса. Поражаются мозговые оболочки и сосуды мозга, возможно возникновение гумм. Болезнь развивается через несколько месяцев, чаще через 5—6 лет после заражения сифилисом.

Выделяют неврастеническую, менингеальную, гуммозную, галлюцинаторно-параноидную, эпилептиформную, апоплектиформную, псевдопаралитическую формы.

Судебно-психиатрическая оценка состояния больного сифилисом мозга в связи с многообразием и различной выраженностью возможных расстройств психики не может определяться лишь диагнозом. В начальных стадиях сифилиса мозга даже при несущественных психических и неврологических расстройствах, но при специфических изменениях спинномозговой жидкости и крови, несмотря на настойчивое противосифилитическое лечение до этого, обследуемые как совершившие преступление в состоянии вменяемости, но заболевшие душевной болезнью до вынесения судом приговора направляются на лечение в психоневрологическую больницу до выздоровления. После нормализации спинномозговой жидкости и крови, при улучшении психического состояния или без дальнейшего углубления психических нарушений больные признаются вменяемыми; в заключении указывают на необходимость врачебного наблюдения. На судебно-психиатрическую экспертизу направляют преимущественно леченных больных с незначительными психическими расстройствами. Такие больные критически относятся к своему состоянию в сложившейся ситуации, сохраняют профессиональные

знания и навыки, вследствие чего вменяемы, а осужденные не освобождаются от дальнейшего отбывания наказания.

При сифилисе мозга отрицательный результат серологических реакций не должен влиять на судебно-психиатрическое заключение, так как серологические реакции у больных сифилисом мозга и без терапии могут быть отрицательными. При глубоком слабоумии (апоплектиформный, эпилептиформный сифилис, псевдопаралитическая форма), психотических состояниях (галлюцинаторно-параноидная форма и др.) больные невменяемы. Невменяемость больных определяется глубиной интеллектуальных нарушений или психотическими расстройствами в период совершения общественно опасных деяний.

Если сифилис мозга возникает после совершения правонарушения и имеет злокачественно-прогредиентное течение с быстрым нарастанием психического дефицита, несмотря на своевременно начатое и энергичное лечение, то возникает вопрос о невозможности правонарушителя как заболевшего душевной болезнью до вынесения судом приговора предстать перед следствием и судом, а осужденного — отбывать наказание. Такие лица направляются на принудительное лечение в психиатрические больницы.

В условиях судебно-психиатрической экспертизы на фоне нейросифилиса могут развиваться психогенные реакции, реактивное обострение и усиление имеющихся психических нарушений, что значительно затрудняет оценку глубины и характера психического дефекта. Психогенные реакции у больных сифилисом мозга в основном проявляются в депрессивной, ипохондрической и истерической формах. Больных сифилисом мозга с реактивными состояниями направляют на лечение в психиатрический стационар до выхода из реактивного состояния. В условиях экспертизы у больных возможны аггравация имеющихся психических и неврологических расстройств и симулятивное поведение.

### *Энцефалиты*

Психические расстройства вследствие энцефалита—воспалительного поражения головного мозга, могут возникать первично (эпидемический, весенне-летний, японский) и вторично (так называемые параэнцефалиты) как осложнения общих инфекционных заболеваний. Психические расстройства проявляются в форме делирия, сумеречного помрачения сознания, оглушения; могут возникать судорожные припадки. Чаще психические расстройства исчезают после выздоровления от инфекционного заболевания.

После инфекционного энцефалита, перенесенного в раннем детском возрасте, развиваются слабоумие, судорожные припадки, расторможенность и извращение полового влечения, повышение аппетита, достигающее булимии. Часто наблюдаются повышенная эмоциональная возбудимость, жестокость, вспышки ярости с разрушительными тенденциями, возникающие по незначительному поводу. На отдаленной стадии энцефалита недостаточность критики, узость интересов, «застывание» на

различных конфликтах, повышенное внимание к своему здоровью могут привести к сутяжному или ипохондрическому развитию личности.

*Острый ревматический энцефалит* сопровождается психотическими расстройствами, похожими на психозы при острых общих инфекционных заболеваниях. Судебно-психиатрическое значение острого ревматического энцефалита невелико. В хронической стадии ревматического энцефалита бывают протрагированные ревматические психозы с преобладанием астено-депрессивных, ипохондрических, параноидных и галлюцинаторно-параноидных состояний. Может развиваться так называемая симптоматическая эпилепсия, а в детском и юношеском возрасте— хореатический синдром, бывает постепенно нарастающая деменция с ослаблением памяти и развитием псевдопаралитического состояния.

Особое значение для судебно-психиатрической клиники имеют психопатоподобные состояния с резкой эмоциональной возбудимостью, конфликтностью, агрессивностью.

*Малярийный энцефалит* по существу утратил свое судебно-психиатрическое значение в связи с практически полной ликвидацией малярии. В клинике встречаются преимущественно случаи хронического малярийного энцефалита. Малярийные психозы редко возникают при первых приступах малярии, они более характерны для повторных приступов. Психотические расстройства проявляются в виде делириозного, галлюцинаторно-бредового состояния, острой спутанности. Малярийный энцефалит имеет относительно благоприятный прогноз, но возможно развитие стойкого слабоумия. Из психопатологических расстройств при малярийном энцефалите в судебно-психиатрической практике приходится встречаться с явлениями эмоциональной возбудимости, взрывчатости, способствующими возникновению конфликтов с окружающими и совершению общественно опасных действий.

*Эпидемический энцефалит* вызывается фильтрующимся вирусом, родственными вирусам сезонных энцефалитов. Различают острую и хроническую стадии с резидуальными явлениями и дальнейшими приступами (сдвиги). В острой стадии возможно развитие делирия, онейроида, описаны маниакальное и депрессивное состояния, возникающие как при ясном, так и при помраченном сознании и временами сопровождающиеся галлюцинаторно-бредовыми проявлениями. Хроническая стадия чаще наступает после периода относительного выздоровления, который может длиться несколько лет. Для хронической стадии типичны снижение активности, застойность, однообразие психических процессов, расторможенность сексуального и пищевого влечений, патологическая назойливость больных. В хронической стадии эпидемического энцефалита могут возникнуть реактивные состояния в связи с угнетающей обездвиженностью и беспомощностью больных, а также в результате иных психических травм (следствие, судебно-психиатрическая экспертиза). Возможны аггравация и симуляция.

После эпидемического энцефалита, перенесенного в детском возрасте, иногда развивается глубокое слабоумие. Значительно чаще у детей и подростков, перенесших эпидемический энцефалит, наблюдаются психопатоподобные расстройства с двигательной расторможенностью. Для них характерны психопатоподобные состояния с чрезмерной подвижностью; усилением влечений (пищевое, сексуальное), с агрессивностью, жестокостью, крайней навязчивостью, иногда с сочетанием упрямства и повышенной внушаемости.

Острая стадия *клещевое энцефалита* сопровождается различными расстройствами сознания (делирий, сумеречные состояния, различные степени оглушения). В хронической стадии могут развиваться галлюцинаторно-параноидные состояния с бредовыми идеями преследования, отравления, зрительными и слуховыми галлюцинациями, наблюдаются депрессивно-параноидные расстройства. Часты эмоциональные нарушения в виде тоскливости и повышенного настроения с расторможенностью, напоминающие циклотимические фазы циркулярного психоза, но отличающиеся от них неврологическими расстройствами, психической истощаемостью, изменениями интеллекта и памяти.

*Японский энцефалит* в остром периоде характеризуется общемозговыми и менингеальными симптомами. Развиваются расстройства сознания, двигательное возбуждение, возможны галлюцинаторно-параноидный, депрессивный, корсаковский синдромы. В периоде выздоровления бывают астенические состояния со склонностью к затяжному течению. Для хронического периода характерно развитие органической деменции.

### **Судебно-психиатрическая оценка**

Судебно-психиатрическое значение острой стадии энцефалитов невелико. У больных с последствиями энцефалитов экспертиза представляет определенные трудности, особенно при незначительных неврологических симптомах и психопатоподобных состояниях. Небольшое снижение интеллекта и критическое отношение к своему состоянию, сложившейся ситуации, незначительность изменений эмоциональной и волевой сфер, позволяющие управлять своим поведением, определяют заключение о вменяемости таких лиц.

Особую общественную опасность представляют больные с резидуальными состояниями, у которых при незначительном снижении интеллекта возникает столь выраженная расторможенность влечений (в частности, сексуального), приобретающих импульсивный характер, что правонарушитель признается невменяемым, поскольку способность руководить своими действиями отсутствует. В большинстве случаев более тяжелые последствия энцефалитов с глубокими интеллектуальными расстройствами сопровождаются и расстройствами влечений в особо грубой, обнаженной форме, что обычно не оставляет сомнений в невменяемости

больных. Определенные экспертные трудности возникают при обследовании лиц с часто наблюдающимися после инфекционных заболеваний астеническими состояниями с адинамией, склонных к декомпенсации под влиянием психотравмирующей ситуации. При затяжных и частых декомпенсациях подследственные могут быть направлены на принудительное лечение в психиатрические больницы до выздоровления. Осужденные в таких случаях освобождаются от дальнейшего отбывания наказания.

Галлюцинаторно-бредовые и другие психотические состояния, патологическое развитие с глубокими изменениями личности и утратой критики, возникшие в связи с энцефалитами, приводят к невменяемости. Развивающееся при эпидемическом энцефалите глубокое слабоумие, безусловно, заставляет признать больного невменяемым. Вопрос о дееспособности таких лиц сложен в связи с большим разнообразием остаточных психических изменений. Критерии дееспособности лиц, перенесших энцефалит, в значительной мере совпадают с критериями вменяемости.

### ***Исключительные состояния***

*Исключительные состояния* — группа острых кратковременных расстройств психической деятельности, различных по этиологии, но во многом сходных по клиническим признакам. Эти расстройства начинаются внезапно в связи с внешней ситуацией, они непродолжительны, сопровождаются расстроенным сознанием и полной или частичной амнезией. Исключительные состояния возникают у лиц, не страдающих психическими заболеваниями и, как правило, представляют собой единственный эпизод в жизни.

К исключительным состояниям относятся патологическое опьянение, патологический аффект, сумеречные состояния сознания, не являющиеся симптомом какого-либо хронического психического заболевания, патологическое просоночное состояние и реакция «короткого замыкания».

Целесообразность и клиническая оправданность выделения исключительных состояний в самостоятельную группу подтверждаются практикой судебно-психиатрической экспертизы. Перед экспертами часто ставят вопрос о психическом состоянии субъекта в момент совершения общественно опасных действий, поэтому обоснование самого понятия «исключительное состояние» и разработка диагностических критериев проводились применительно к правовым нормам—к вопросам вменяемости-невменяемости.

Кардинальным признаком всех исключительных состояний является их психотическая природа. Ведущее место в их клинической картине занимает нарушение сознания. Преобладают различные варианты сумеречного расстройства сознания с дезориентировкой, полным отрывом от действительности и болезненно искаженным восприятием окружающего.

Глубокая дезориентировка в окружающем сочетается с сохранностью сложных взаимосвязанных автоматизированных действий. Поведение при сумеречном состоянии сознания обусловлено образным бредом, галлюцинациями, напряженным аффектом страха, злобы, тоски и ярости, что и определяет общественно опасные действия. Последующая амнезия распространяется не только на реальные события, но нередко касается и субъективных переживаний.

Исключительные состояния могут наблюдаться у практически здоровых лиц. Однако в анамнезе большинства лиц, перенесших исключительное состояние, выявляются нерезкие резидуальные органические изменения травматической, инфекционной или интоксикационной этиологии. Нельзя исключить в ряде случаев и роль конституционального предрасположения, в частности эпилептического. В возникновении предрасположения участвует множество случайных ослабляющих факторов в необычных, редких сочетаниях, чем и объясняется чрезвычайная редкость исключительных состояний и малая вероятность их повторного возникновения у одного и того же лица.

*Патологический аффект* представляет собой кратковременное психотическое состояние, внезапное возникновение которого связано с психотравмирующими факторами. Как одно из исключительных состояний патологический аффект имеет все их основные признаки. В таких случаях отмечается более или менее выраженное помрачение сознания. В клинической картине патологического аффекта, несмотря на его чрезвычайную остроту, схематически выделяют 3 стадии, или фазы: первая—подготовительная, вторая — фаза взрыва и третья — исходная, или заключительная.

В подготовительной фазе в связи с психотравмирующими факторами (тяжелая обида, оскорбление) нарастает эмоциональное напряжение, изменяется восприятие окружающего, нарушается способность наблюдать происходящее, оценивать обстановку и осознавать свое состояние. Сознание ограничено узким кругом представлений, непосредственно связанных с травмирующим переживанием. Все остальное не воспринимается.

Начальная фаза без резких границ переходит в следующую—фазу взрыва. Напряженный аффект гнева или иступленной ярости мгновенно достигает кульминационной точки, сопровождается глубоким помрачением сознания с резким повышением порога восприятия и полной дезориентировкой. На высоте нарушения сознания возможны иллюзорные представления, функциональные галлюцинации, психосенсорные расстройства. Аффективный разряд проявляется бурным двигательным возбуждением с автоматическими действиями, бессмысленной агрессией и разрушительными тенденциями. Обычно в этой фазе наблюдаются выраженные мимические и вегетативно-сосудистые реакции. Лицо резко краснеет или становится необычайно бледным. Черты лица искажаются, чрезмерно выразительная мимика отражает смещение различных эмоций, гнев и отчаяние, ярость и недоумение. Следующая за этим предельным

напряжением заключительная фаза—внезапное истощение физических и психических сил и непреодолимый глубокий сон. В некоторых случаях вместо сна возникает прострация (общая слабость, вялость, полная безучастность и безразличие к окружающему и содеянному).

**Сумеречные состояния.** Данная форма исключительных состояний в противоположность остальным может неоднократно возникать у одного и того же лица.

Под *патологическим просоночным* состоянием следует понимать состояние неполного пробуждения после глубокого сна с неравномерным переходом от сна к бодрствованию отдельных систем головного мозга. При «пробуждении» более простых двигательных функций высшие психические функции, прежде всего сознание, остаются в состоянии сонного торможения.

Такой неравномерный, замедленный переход от сна к бодрствованию сопровождается помрачением сознания, глубокой дезориентировкой. Продолжающиеся сновидения бывают яркими, образными, устрашающими. Искаженно воспринимаемые реальные события вплетаются в устрашающее сновидение, сочетаются с иллюзорными и даже кратковременными галлюцинаторно-бредовыми переживаниями.

Освободившиеся от сонного торможения моторные функции делают субъекта способным к агрессивно-защитным действиям. Они проявляются в форме или отдельных автоматических поступков, или целостных двигательных актов, отражающих патологические переживания. В просоночных состояниях нередко совершаются убийства и наносятся тяжкие телесные повреждения. После периода возбуждения обычно наступает окончательное пробуждение, с полным восстановлением сознания и последующей адекватной реакцией растерянности и удивления по поводу происшедшего. После окончательного пробуждения воспоминаний о болезненном состоянии обычно не остается. Просоночные состояния длятся иногда лишь несколько мгновений, но в некоторых случаях занимают больше времени.

Просоночные состояния возникают обычно у лиц с теми или иными нерезко выраженными органическими изменениями центральной нервной системы, чаще травматического происхождения, а также у глубоко и крепко спящих людей. Большое значение в генезе патологических просоночных состояний имеет комплекс временных вредностей, воздействовавший перед засыпанием: употребление алкоголя, эмоциональное напряжение, переутомление, вынужденная бессонница и соматопсихическая астенизация.

*Реакция «короткого замыкания»* возникает в связи с затяжной психотравмирующей ситуацией и в результате разряда длительного и интенсивного аффективного напряжения, сопровождающегося тревожными опасениями, ожиданием неприятностей, на которых сосредоточены почти все представления субъекта. Общественно опасное действие, которое до того не предполагалось, вызывается мгновенно сложившейся, зачастую совершенно случайной ситуацией. Клиническая картина определяется либо расстроенным сознанием, либо резко выраженными, не соответствующими

поводу аффективными нарушениями (исступленная ярость, отчаяние), сочетающимися с импульсивными, автоматическими действиями, в том числе опасными для окружающих. По миновании реакции «короткого замыкания» наступает сон или резкое психофизическое истощение.

Диагностика исключительных состояний основана на ретроспективном анализе их клинической картины, ведущее значение приобретают материалы уголовного дела, свидетельские показания о поведении и состоянии обследуемого. Перед экспертом-психиатром стоит трудная задача: по отдельным, подчас разрозненным показаниям свидетелей и другим данным следственного дела восстановить целостную клиническую картину и определить наличие или отсутствие психотического состояния.

Свидетельские показания могут отражать ряд клинических признаков, характеризующих состояние сознания. Особенно важно изучить отношения обследуемого с окружающими, что дает основание судить об ориентировке, адекватности речевого контакта. Исключительным состояниям присущи определенные закономерности течения и исхода. При распознавании этих форм необходимо рассмотреть последовательность появления признаков, кажущихся болезненными. Особую диагностическую важность представляют факты, говорящие об истощении: слабость, разбитость, сонливость, протрация (при патологическом аффекте), а также о внезапном полном пробуждении с адекватной реакцией на случившееся (просоночное состояние).

Исключительные состояния возникают в результате совпадения множества патогенных факторов, но патогенетические моменты не определяют диагноз. Только совокупность признаков как целостная клиническая картина той или иной формы исключительного состояния, специфические закономерности их проявления, развития и течения становятся основанием для соответствующего диагноза. Один или несколько признаков, взятых изолированно, в отрыве от психопатологической картины в целом, не могут указывать на психотическое состояние.

### **Судебно-психиатрическая оценка**

Лица, совершившие общественно опасные действия в исключительном состоянии, признаются невменяемыми, так как они по своему психическому состоянию в тот период не могли отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими. При этом эксперты должны опираться в своем заключении на понятие о «временном расстройстве душевной деятельности» медицинского критерия невменяемости.

Вопрос о применении принудительных мер медицинского характера к лицам, перенесшим исключительные состояния, сложен и требует индивидуального подхода. Перед экспертами такие лица обычно предстают вполне психически здоровыми, и по формальным соображениям некоторые эксперты не видят необходимости направлять их на принудительное лечение в психиатрические больницы, тем более что в суде родственники об-

виняемых и адвокаты обычно активно протестуют против этого. Однако в некоторых случаях отказ от принудительных мер медицинского характера становится принципиально неправильным как с социальной, так и с медицинской точки зрения. Исключительные состояния—явление относительно редкое, но никогда нельзя исключить его повторение у одного и того же лица в течение жизни. Такие случаи в психиатрической литературе описаны.

Имеются и прямые психиатрические показания к лечению таких лиц, так как в большинстве случаев у них есть признаки органического поражения головного мозга, аномалии конституции с заострением личностных особенностей, склонность к ситуационным психогенным реакциям и пьянству. С целью профилактики повторных общественно опасных действий рекомендуется направление таких лиц на принудительное лечение в психиатрические больницы общего типа. При отсутствии патологической почвы и склонности к употреблению алкогольных напитков возможно лечение в психиатрических больницах на общих основаниях или под наблюдением районного психиатра.

#### **Контрольные вопросы.**

1. 1. Что такое невроты и реактивные психозы?
2. 2. Какие причины и виды невротозов и реактивных психозов вы знаете?
3. 3. Какими психическими расстройствами сопровождаются невроты и реактивные психозы?
4. 4. Что такое психопатии?
5. 5. Какие причины и виды психопатий вы знаете?
6. 6. Какие психические расстройства свойственны психопатиям?
7. 7. Каковы особенности судебно-психиатрической экспертизы невротозов, реактивных психозов и психопатий?
8. 8. Что такое эпилепсия?
9. 9. Какие причины, виды и особенности проведения судебно-психиатрической экспертизы эпилепсии вы знаете?
10. 10. Что такое олигофрении?
11. 11. Какие причины, виды и особенности проведения судебно-психиатрической экспертизы олигофрении вы знаете?
12. 12. Что такое шизофрения?
13. 13. Какие причины, виды и особенности проведения судебно-психиатрической экспертизы шизофрении вы знаете?
14. 14. Что такое нейросифилис?
15. 15. Какие причины, виды и особенности проведения судебно-психиатрической экспертизы нейросифилиса вы знаете?
16. 16. Что такое энцефалит?
17. 17. Какие причины, виды и особенности проведения судебно-психиатрической экспертизы энцефалитов вы знаете?
18. 18. Что такое маниакально-депрессивный психоз?

19. 19. Какие исключительные состояния вы знаете?
20. 20. Особенности проведения судебно-психиатрической экспертизы при исключительных состояниях.

## ГЛАВА 8

### СИМУЛЯЦИЯ И ДИСИМУЛЯЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

#### *Симуляция*

*Симуляция психического заболевания* — сознательное, притворное поведение, заключающееся в изображении несуществующих признаков психического расстройства в надежде избежать наказания.

Выделяют превентивную, или предварительную симуляцию, т.е. симуляцию перед совершением преступления с целью создать впечатление, что преступление совершено в состоянии психического заболевания; интрасимуляцию—т.е. симуляцию, осуществляемую в момент совершения преступления для сокрытия его истинных мотивов; постсимуляцию, которая осуществляется после совершения правонарушения как защитное поведение с целью уклонения от ответственности. В судебно-психиатрической клинике наиболее часто наблюдается последний вариант.

Существует ряд способов симуляции. Чаще всего неправильным, нелепым поведением и высказываниями пытаются имитировать болезненное расстройство психики. Иногда для того, чтобы усилить это впечатление, симулирующие принимают медикаменты, временно приводя себя в возбужденное состояние. В отдельных случаях обследуемые с целью симуляции сообщают ложные сведения о якобы перенесенном психическом заболевании, которого в действительности не было, вступают в сговор с близкими, знакомыми, запасаются фиктивными документами. Указанные способы симуляции могут сочетаться.

Среди симулирующих преобладают лица, совершившие правонарушения повторно, что объясняется их большей осведомленностью о назначении и проведении судебно-психиатрической экспертизы.

**Истинная (чистая) симуляция** — сознательное изображение психической болезни психически здоровыми лицами — в судебно-психиатрической практике встречается относительно редко. В этих случаях наиболее часто преступники прибегают к симуляции анамнеза. Экспертная практика показывает, что вообще подэкспертные охотно патологизируют анамнез и сообщают о себе и родственниках неправдоподобные сведения, утверждая, например, что многие из них страдают душевными заболеваниями, покончили жизнь самоубийством и т. д. Учитывая сказанное, следует весьма осторожно оценивать не только субъективный анамнез, но и сведения, сообщаемые близкими.

Выбор формы симуляции, в том числе и содержание ложного анамнеза, определяется распространенным в широких кругах населения представлением о психических заболеваниях, содержанием медицинской

литературы и установками судебно-психиатрической экспертизы, а потому меняется со временем. В прошлом наиболее часто встречались указания на различного рода припадки в анамнезе. В настоящее время преобладают сообщения о якобы бывших ранее бредовых идеях, галлюцинациях. Нередко симуляции анамнеза предшествует превентивная госпитализация в психиатрические больницы с целью получить медицинский документ, подтверждающий эти сведения. В других случаях лицо, ранее обращавшееся к психиатру с невротическими жалобами, расстройствами сна, сообщает о себе ложные сведения с указаниями на голоса, бредовые идеи.

К этому же виду симуляции можно отнести случаи, когда ложная информация распространяется не на весь анамнез, а касается лишь периода преступления. Так, например, обследуемый, злоупотреблявший алкоголем и перенесший в прошлом алкогольный психоз, очень живо и красочно описывает болезненные переживания, которые соотносит с моментом противоправного действия. С этим связаны определенные судебно-психиатрические трудности.

Симуляция собственно психического расстройства обычно осуществляется путем изображения отдельных болезненных симптомов или синдромов и значительно реже в виде воспроизведения отдельной формы психического заболевания. Поскольку симуляция является индивидуальным творчеством, выбор симулируемых патологических симптомов зависит в основном от знаний и опыта симулянта, его осведомленности в вопросах психиатрии, а иногда и от чисто случайных причин (реплика врача, советы обследуемых, находящихся на экспертизе, подражание больным). Определенный отпечаток на симуляцию накладывает личность притворщика. Это обуславливает значительное разнообразие проявлений симуляции и отсутствие в ней каких-либо определенных закономерностей.

Подэкспертные чаще симулируют состояние с вялым монотонным поведением, подавленностью, невыразительной мимикой, установкой на недоступность, проявляющейся либо в форме мутизма или в жалобах на расстройство памяти, либо в нелепых ответах. Характерны двигательная заторможенность, отказ от еды со ссылками на опасение отравления, а также демонстративные суицидальные попытки. Часто на этом фоне симулируются галлюцинаторные расстройства, преимущественно зрительные, а иногда и слуховые. Обращает на себя внимание особая настойчивость симулятивных жалоб. В подтверждение якобы имеющихся расстройств обследуемые особенно охотно стремятся продемонстрировать их в присутствии врача. С этой целью они, чуть заметив за собой наблюдение, начинают разговаривать сами с собой, демонстративно обращаясь к персоналу с жалобами на мнимых преследователей, просят сделать соответствующие записи в журналах наблюдения или довести до сведения врача. При этом выражение лица симулирующего, как правило, остается спокойным, отсутствуют жестикация и мимика, столь свойственные истинно галлюцинирующим больным. В отличие от больного с истинными галлюцинациями, ответы которого фрагментарны, разговор симулянта с мнимыми голосами имеет вид

отрывистого монолога; очень быстро его речевая продукция истощается. При настойчивом расспросе симулирующего об имеющихся у него «голосах» или «видениях» очень часто удается заметить его нерешительность, смущение, стремление избежать прямого ответа, прекратить разговор. Имея общее представление о галлюцинациях, симулянты не знают тонкостей, не могут уверенно и обстоятельно ответить на ряд конкретных вопросов.

Симулятивные «бредовые идеи», так же как и «галлюцинации», преподносятся симулирующими в стереотипной форме в виде заранее подготовленных формул. Как и при симуляции галлюцинаций, симулянт не может уточнить многих деталей и подробностей изображаемого явления, нередко аффективный фон и поведение совершенно не соответствуют симулируемому состоянию. Например, у симулянта, демонстрирующего идеи величия, преобладает подавленное настроение, он внимательно следит за производимым впечатлением, обдумывает ответы на вопросы.

Таким образом, хотя описываемые формы симуляции и напоминают картину психоза, но отличаются от него отсутствием целостности структуры галлюцинаторно-параноидного синдрома, изолированностью симулируемых симптомов, их застывшим, стереотипным характером, отсутствием аффективных нарушений (тревоги, страха), нередко сопровождающих бред и галлюцинации. Симулянт не учитывает также, что при истинном психозе все разнообразие бредовых идей и галлюцинаций объединено общим содержанием, нередко связанным с конкретными событиями и лицами.

Нередко встречаются симулятивные ссылки на провалы и нарушения памяти, распространяющиеся на все прошлое или на период, относящийся к инкриминируемым деяниям. Такие жалобы всегда преподносятся в чрезмерно демонстративной, утрированной форме. При их изображении обследуемые не могут избежать противоречий в поведении и высказываниях, нередко допускают промахи, что быстро вскрывает искусственность расстройств памяти. В отдельных случаях, особенно когда речь идет об исключении временного болезненного расстройства психической деятельности, ссылки обследуемых на забывание периода правонарушения затрудняют решение экспертных вопросов и требуют дополнительных исследований.

Близко к данной форме симуляции стоит симуляция слабоумия. Здесь также на первый план выступает изображение расстройств памяти, но оно дополняется имитацией полного отсутствия каких-либо знаний и навыков. Такие симулянты нарочито нелепо отвечают на элементарные вопросы, грубо неправильно ведут себя при обследовании. Однако, как правило, у «ложных слабоумных» всегда можно отметить диссоциацию между тем, что активно преподносится, и истинным положением дел. Симулирующий всегда собран и сосредоточен, его эмоциональные реакции отличаются злобной раздражительностью. При этой форме симуляции никогда не наблюдается благодушия и эйфории, свойственных больным с истинным слабоумием.

К симуляции в указанной форме чаще прибегают люди весьма ограниченные, с малым запасом знаний, по представлению которых

психически больной—это ничего не знающий и ничего не понимающий человек с нелепым поведением.

В последнее время возрастает число случаев симуляции с «бредовыми идеями», различными по структуре и содержанию. Чаще высказываются «идеи преследования», «воздействия» аппаратами, лучами лазера, гипнозом, утверждения о своем неизлечимом заболевании (рак). Нередко предъявляются идеи изобретательства. Обследуемые заявляют, что они многие годы занимаются «разработкой научных идей» или сделали «великое научное открытие». Одни «изобретают» новые технические аппараты, другие утверждают, что им известно, где скрыты сокровища, клады, предлагают свои методы лечения болезней или проекты искоренения преступности и т. п. Эти высказывания нередко сопровождаются соответствующими схемами, рисунками, иногда зашифрованными. В таком «творчестве» симулянтов обнаруживается отчетливая связь с прошлым опытом личности, ее интересами, прочитанной литературой.

Весьма типичным в последние годы стало симулятивное поведение с жалобами на якобы имеющиеся аффективные расстройства (периоды депрессии, беспричинные колебания настроения), заявлениями о враждебном отношении к родителям, другим членам семьи, ссылками на увлечение религией, философией в подростковом и юношеском возрасте. Демонстрируя свою эмоциональную холодность, такие лица заявляют о безразличии к уголовному делу и в то же время внимательно наблюдают за производимым впечатлением, их мимика выявляет живой и напряженный аффект, тревожное ожидание и страх наказания. Обследуемые стремятся обратить внимание врачей на неправильности в своем поведении, упорно повторяют свои жалобы.

Симуляция целостной картины психического заболевания очень сложна, но иногда наблюдается в судебно-психиатрической практике. Общим для всех этих наблюдений является то, что собственно симуляции предшествует знакомство с клинической картиной той или иной формы психической болезни по учебникам, иногда проводится внимательное наблюдение за заведомо психически больными или организуется тщательный инструктаж «подготовленными» лицами. В отличие от истинного психического заболевания картина мнимой болезни всегда статична, без закономерной динамики. В начале симуляции поведение симулирующих бывает изменчивым, так как они сталкиваются с рядом затруднений, меняют в зависимости от этого поведение, а также симулируемые симптомы. В дальнейшем поведение становится более постоянным и заученным. Продолжительность симуляции может быть весьма различной. В отдельных случаях симуляция удачной, легко воспроизводимой формы может продолжаться очень долго. Определенную роль при длительной симуляции играет наступающая автоматизация симулятивного поведения, при которой сознание притворства сохраняется, поведение управляется ведущим целевым представлением, но появляются привычные приемы с меньшей затратой психических и физических сил.

Симуляцию следует четко отграничивать от реактивных состояний. Иногда при длительной симуляции может ухудшаться физическое и психическое состояние в связи с трудностями симулятивного поведения, отказом от пищи, нанесением самоповреждений. На ослабленной соматической почве в последующем могут развиваться психогенные расстройства, которые необходимо разграничивать с симуляцией.

**Симуляция, возникающая на патологической почве,** может проявляться в сознательном и умышленном преувеличении симптомов имеющегося в настоящее время заболевания или остаточных явлений после перенесенной психической болезни (аггравация); в так называемом сознательном продлении заболевания или целевом изображении уже исчезнувших психопатологических симптомов психической болезни (метасимуляция); в изображении психопатологических симптомов, не свойственных имеющемуся заболеванию (сюрсимуляция).

**Аггравация** часто встречается у лиц с различными органическими поражениями головного мозга, при олигофрении и проявляется в преувеличении интеллектуальной недостаточности, жалобах на резкое снижение памяти, неумение ориентироваться в житейской ситуации. Больных, склонных к аггравации, отличают известная сохранность личности и осознание своего дефекта. Резко выраженное слабоумие полностью исключает аггравацию. В зависимости от интеллектуального снижения притворное поведение может быть элементарным, примитивным или, напротив, клинически более сложным с различными проявлениями, типичными, по мнению симулирующего, для психического заболевания. Для выявления аггравации наряду с обстоятельным клиническим обследованием подэкспертного существенное значение имеет детальное ознакомление с историей всей его прошлой жизни. Недоучет анамнестических сведений и обоснование диагноза только по особенностям психического статуса в отдельных случаях могут привести к экспертным ошибкам. При аггравации происходит не целостное изображение психического расстройства, а лишь усиление некоторых проявлений болезни.

Во многих случаях аггравация возникает в одной и той же форме неоднократно, при каждом новом привлечении к уголовной ответственности, особенно если первые попытки увенчались успехом. Однако и при неудачах умышленное преувеличение имеющихся психических нарушений нередко определяет поведение в трудной обстановке.

Резко выраженное слабоумие полностью исключает симуляцию. Слабоумный вследствие поражения всех сторон психической деятельности не способен ни составить план целенаправленного действия, ни осуществить его.

**Сюрсимуляция** отражает болезненную мотивацию поведения психически больных. В противоположность аггравации общим условием сюрсимуляции являются довольно значительный психический дефект и измененность личности притворщика. У этих больных отсутствует сознание своей болезни. Симулируемые симптомы чужды, не характерны для

клинической структуры и динамики основного заболевания, что в определенной степени способствует их распознаванию. Чаще сюрсимуляция наблюдается у страдающих шизофренией, в отдельных случаях она наблюдается и при других формах психозов.

Сюрсимуляция у больных шизофренией носит патологический характер, отражая свойственное шизофреническому процессу нарушение психической целостности личности. Притворство теряет целостность, в результате чего поведение больных может становиться карикатурным. С одной стороны, оно содержит как будто целевую защитную тенденцию, намерение изобразить психическую болезнь с целью избежать, наказания, с другой—отражает особенности шизофренических расстройств без целевой направленности поведения и противоречивыми амбивалентными тенденциями, в результате чего длительное и целенаправленное поведение становится невозможным для больного. В этих случаях больные шизофренией очень легко «выходят из роли», раскрывают нарочитость своего поведения, отказываются от притворства, заявляют о том, что они «симулировали», а затем вновь возвращаются к притворству.

**Метасимуляция**—умышленное изображение симптомов только что перенесенного психического заболевания. Наиболее распространена метасимуляция у лиц, перенесших реактивные психозы. Предметом подражания, копирования становится перенесенное реактивное состояние, осознанное после выхода из него как болезнь. Преобладает изображение сложных клинических картин, в частности галлюцинаторно-параноидных синдромов.

На форму симулятивного поведения оказывает определенное влияние интеллектуальное развитие симулянта, его характерологические особенности, запас общежитейских представлений, жизненный опыт. Нередко встречается импровизация. Воспоминания о перенесенном психозе могут быть неполными, частичными, лоскутными, а отдельные эпизоды вообще амнезируются. Отсюда следует более примитивное или, напротив, более сложное изображение психического заболевания, однообразная или полиморфная «симптоматика».

Если распознавание грубого и неумелого притворства не представляет больших трудностей, то отграничение психогенно обусловленных психопатологических синдромов от умелой и продуманной симуляции сходных состояний связано со значительными затруднениями. В подобных случаях следует проводить тщательный дифференциально-диагностический анализ всей совокупности явлений: правильное представление о болезненной или искусственной природе симптомов возможно лишь при рассмотрении клинической картины и ее динамики в целом. В этих случаях приходится ориентироваться на несоответствие и противоречивость отдельных симптомов, не укладывающихся в клиническую картину определенного психогенного синдрома. Весьма существенным в дифференциально-диагностическом плане признаком следует считать отсутствие при симуляции типичной для реактивных состояний закономерной динамики

психопатологических явлений. При симулятивном поведении не отмечается также свойственных истерическим синдромам колебаний уровня сознания. Симулянты изображают статичные болезненные состояния или отдельные эпизоды психической болезни, а не ее течение и динамику.

Распознаванию симуляции также помогает непоследовательность в поведении с подчеркнутой демонстративностью якобы болезненной симптоматики перед персоналом и обычным поведением при общении с подэкспертными. Клинические данные дополняют нередко обнаруживаемые в поведении симулянтов различного рода промахи. Так, например, изображая мутизм, такие лица разговаривают с другими обследуемыми; притворяясь слабоумными, обнаруживают подробное знакомство с материалами уголовного дела и точный учет ситуации.

У перенесших реактивный психоз вне зависимости от его клинической формы нельзя установить начало симуляции на высоте аффективного напряжения. Обычно симулятивное поведение начинается после некоторого светлого промежутка по миновании психотического эпизода. Длительность симулятивного поведения весьма различна— от нескольких недель до многих месяцев. Наиболее продолжительная симуляция психических расстройств обычно удается при изображении сравнительно простых форм поведения: однообразное поведение с предъявлением жалоб на галлюцинации или бредовые нарушения. Нередко долго изображается псевдодеменция, в отдельных случаях—мутизм. Симуляцию распознают клиническим и экспериментально-психологическим методами.

Многие приемы направлены на то, чтобы добиться признания в симуляции и отказа от нее. Это «лукавые вопросы», проба на рассеянность— быстро задаваемые друг за другом вопросы, рассчитанные на то, чтобы поставить симулирующего в затруднительное положение и побудить признаться в симуляции. Однако признание—еще не доказательство симуляции, если нет подтверждения объективными данными. Так, например, депрессивные больные с идеями самообвинения нередко заявляют, что они здоровы, а свое неправильное поведение объясняют симуляцией; дебильные личности с повышенной внушаемостью легко признаются в симуляции при наводящих вопросах. Разработан ряд экспериментально-психологических методов для распознавания притворного поведения, основанных на изучении нарочитых ошибок, производимых симулирующими при различных видах исследований. С их помощью можно уяснить нелепость или правдоподобность ошибок, их грубый, случайный или систематичный характер и на этом основании судить об истинном снижении личности или симуляции этого снижения. Заставляя обследуемого действовать в непривычных и меняющихся условиях психологического эксперимента, можно по скорости его ориентировки, скорости и особенностям формирования систем ошибок, по реализации занятой позиции не только диагностировать симуляцию, но и судить о ее характере (симуляция у дефектной личности или у психически полноценного человека).

Большое значение следует придавать физическим симптомам, сопровождающим некоторые психические заболевания, так как эти симптомы не поддаются симуляции (например, симптом Аргайла Робертсона при прогрессивном параличе; синюшность кожных покровов, похудание, запоры при депрессивных состояниях). Большую роль играют также лабораторные исследования (спинномозговая жидкость и др.). Некоторое вспомогательное значение приобрели данные электроэнцефалографии, выявляющие патологическую биоэлектрическую активность мозга или ее отсутствие, что особенно важно, например, при симуляции эпилепсии.

Однако экспертная практика свидетельствует, что ведущее место в распознавании симуляции психических болезней принадлежит клиническому методу. Он основывается на сопоставлении сообщаемых анамнестических сведений с психопатологическим анализом психического состояния обследуемого. При исследовании психического состояния подозреваемого в симуляции особенно большое значение приобретают структура отдельных синдромов с учетом присущей им относительной клинической специфичности в зависимости от нозологической принадлежности, сопоставление сочетания отдельных синдромов, стереотипа их развития и последовательности в течении заболевания. При подозрении на симуляцию основное значение приобретают данные о течении болезни, ее динамике, которая отсутствует у симулянтов, изображающих «состояния», эпизоды, а не болезнь. Отдельные симптомы имеют значение тогда, когда установлено их психопатологическое, а не психологическое происхождение.

О симуляции может говорить своеобразная форма предъявления психических нарушений: демонстративность, нарочитость жалоб и изображения психопатологических симптомов с фиксацией на них внимания врача, чрезмерная старательность, заученность высказываний, однообразие поведения, что обычно сочетается с заметной напряженностью во время беседы, злобой и раздражением. Симулятивные бредовые идеи внешне, по предъявлению, скорее напоминают бредоподобные фантазии, чем истинный бред. Симулирующий оформляет свой «бред» очень быстро, иногда прямо во время беседы с врачом. Свои высказывания он преподносит неуверенно, не может раскрыть их содержания, не обнаруживает какой-либо охваченности или фиксированности на предъявляемых переживаниях. Последние не находят отражения в его поведении, он не способен дать объяснений по поводу излагаемого, порой даже самый простой вопрос ставит его в тупик.

Таким образом, для распознавания симуляции важное значение имеют нетипичность, полиморфность симптоматики или, напротив, изолированность отдельных симптомов, отсутствие «внутренней связи, гармонии между явлениями». Особое значение при этом имеет «внутренняя противоречивость» симптоматики, неукладывающейся в клиническую картину известных психических заболеваний, сосуществование несовместимых симптомов (например, неумение ответить на самые простые вопросы сочетается с полной ориентированностью в уголовном деле, идеи величия развертываются на фоне угрюмой подавленности).

При всех формах симулятивного поведения мнимая картина болезни остается статичной, застывшей. Как правило, не отмечается каких-либо колебаний в изображаемой картине, ее трансформации в другие психопатологические синдромы. Отказ от симулятивного поведения обычно происходит сразу, без характерных для истинных психических расстройств закономерностей в исчезновении болезненной симптоматики. Не зная типичных сочетаний психопатологических симптомов при различных клинических формах психических заболеваний, симулирующие нередко изображают в одной картине болезни несовместимые симптомы.

Важным дифференциально-диагностическим признаком при распознавании симуляции является несоответствие психического состояния обследуемого его анамнезу, не отражающему каких-либо психопатологических проявлений, а также отсутствие закономерностей динамики развития и течения предъявляемых психических нарушений.

## *Диссимуляция*

*Диссимуляция психического заболевания* представляет собой преднамеренное утаивание действительно существующих признаков психической болезни. В социальном аспекте она противоположна симуляции: больной пытается сохранить (восстановить) свое социальное положение как психически здорового человека. Диссимуляция чаще наблюдается при шизофрении, в основном при бредовых синдромах, возможна и при органических психозах (сосудистого, травматического генеза), а также при алкогольных психозах и паранойяльном синдроме у психопатических личностей.

Исследователи выделили ряд способов и клинических форм диссимулятивного поведения, отражающих динамику психического заболевания. Наиболее простая форма диссимуляции у психически больных—так называемая аутистическая форма, при которой больные, стремясь скрыть имеющиеся болезненные переживания, ограничивают контакты с окружающими. Паранойяльные переживания могут сопровождаться более «рационалистическими» приемами доказательства психического здоровья: бредовая фабула маскируется внешне логичной, но в сущности односторонней интерпретацией фактов. Переход болезненного процесса на более глубокие регистры нередко влечет за собой непоследовательные противоречивые, паралогичные попытки диссимуляции, лишь обнажающие выраженность психических нарушений. Избирательный отказ от беседы о состоянии здоровья при формальной доступности контакту также может быть проявлением диссимуляции (негативистическая форма).

Формы диссимуляции обнаруживают определенную зависимость от преморбидной структуры личности, сохранности тех или иных ее сторон интеллекта, динамики заболевания, а также от ситуации и соответственно доминирующей мотивации. Таким образом, диссимуляция в каждом конкретном случае во многом отражает адаптационные возможности

больного, с одной стороны, и глубину психических нарушений — с другой. Выявление диссимуляции в судебно-психиатрической практике имеет большое значение для диагностического и экспертного заключения, назначения, изменения и отмены мер медицинского характера. Необходимо иметь в виду, что, желая выписаться из психиатрической больницы, больные нередко прибегают к диссимуляции своих болезненных переживаний, нераспознавание которых в дальнейшем может стать причиной повторных общественно опасных действий. Иногда психически больные стремятся скрыть свою болезнь и произвести впечатление здоровых, чтобы не лишиться гражданских прав.

При паранойяльных идеях больные психопатией, шизофренией чаще всего скрывают определенные антисоциальные замыслы и агрессивные намерения, причем эти идеи не воспринимаются ими как болезнь (в отличие от диссимуляции других психотических синдромов, частично осознаваемых как отклонение от нормы). Помимо больных с бредовыми переживаниями, к диссимуляции нередко прибегают больные депрессией, скрывающие суицидальные намерения. В отдельных случаях диссимулированное депрессивное состояние может стать причиной неожиданного для окружающих расширенного суицида.

Успешность выявления диссимуляции во многом определяется комплексом факторов. Строгое соблюдение в беседе с больным деонтологических принципов позволяет косвенно выяснить те или иные изменения в самочувствии, образе жизни, интересах, межличностных отношениях, а также установить причины этих изменений. В ряде случаев целесообразно узнать представление больного о психическом заболевании, тех или иных его проявлениях.

Стремясь выявить бредовые переживания, галлюцинации, необходимо иметь в виду, что больной нередко хорошо чувствует отношение психиатра к тем или иным описаниям своего состояния. Большое значение имеет динамическое наблюдение больного; аффективные изменения, внезапные проявления подозрительности, напряженности, появляющиеся в процессе беседы, особенности общения с разными лицами (диссоциация поведения под наблюдением и вне наблюдения медперсонала). Клинико-психопатологический анализ состояния подозреваемого в диссимуляции целесообразно дополнить экспериментально-психологическим обследованием, положительно зарекомендовавшим себя в практике. Особенно сложно распознавание диссимуляции тогда, когда больные живут как бы в двух планах: с одной стороны, формально правильно ориентируются в окружающем, с другой — находятся под влиянием бредовых переживаний. Такие состояния наиболее вероятны при большой давности заболевания.

### ***Судебно-психиатрическая оценка***

В связи с серьезностью последствий установления симуляции судебно-психиатрическую экспертизу подозреваемых в симуляции или диссимуляции следует проводить в стационаре, где имеются все условия для клинического изучения и лабораторных обследований.

Судебно-психиатрическая оценка здоровых, обнаруживающих симулятивное поведение, не представляет затруднений: они вменяемы. При установлении симуляции судебно-психиатрической экспертизой следует направлять обследуемых в распоряжение судебно-следственных органов, не ожидая прекращения симуляции.

Определенные трудности при судебно-психиатрической оценке представляет симуляция, возникающая на патологической почве. В этих случаях при клиническом обследовании необходимо выяснить особенности патологической почвы, на которой возникают указанные формы поведения, определить глубину, выраженность и прогрессивность патологического процесса, характер дефекта. Если обследуемые вменяемы, то в акте судебно-психиатрической экспертизы необходимо указать на симуляцию или аггравацию. Касаясь вопросов симуляции у психически больных, нельзя пройти мимо довольно многочисленных случаев, описываемых в литературе под названием «сомнительных» психических состояний или псевдосимуляции.

Эти случаи вызывают определенные экспертные и диагностические затруднения, вследствие чего становятся предметом разногласий: одни предполагают у этих обвиняемых симуляцию, другие настаивают на диагнозе психической болезни. Анализ ошибочных заключений о симуляции у лиц, страдающих шизофренией, показывает, что в этих случаях встречаются главным образом гебефреническая и простая формы заболевания. В клинической картине у этих больных преобладают нелепость поступков, вычурность и странность речевой продукции, эмоциональная неадекватность, что при поверхностном рассмотрении создает впечатление искусственности, грубой нарочитости. Заключение повторных судебно-психиатрических экспертиз показывают, что экспертно-диагностические затруднения при разграничении шизофрении и симуляции в большинстве касаются не случаев с острой психотической симптоматикой, а явлений более или менее выраженного постпроцессуального дефекта или вялопротекающего процесса без обильной продуктивной симптоматики.

Диагностические расхождения, как ни странно, наблюдаются именно там, где специфическое для шизофрении «расщепление» психики выражено чрезвычайно отчетливо. В поведении таких больных на первый план выступают недостаточная ориентированность, амбивалентность и амбитендентность, неточность и нечеткость суждений, паралогичность и аморфность мышления. Все это при недостаточном изучении и сопоставлении с другими проявлениями в психическом статусе больных наводит на мысль о грубой и неумелой симуляции. В таких случаях эмоциональная бедность в сочетании со стереотипией оцениваются как заученность жалоб у симулирующего. Впечатление о психологически

понятных попытках избежать ответственности нередко создается при наблюдающихся у отдельных больных шизофренией явлениях амбивалентности, в силу чего они могут отрицать свою вину вопреки всякой очевидности и доказанности правонарушения, в котором сами ранее сознавались, отказываться от своих подписей, жалоб и просьб. Аналогичные предположения возникают в связи с нередкими у больных шизофренией отказами от своего имени и фамилии, а иногда и биографии по бредовым мотивам.

Диссимулятивные тенденции важно учитывать при назначении и изменении мер медицинского характера, особенно тогда, когда общественно опасное деяние было причинно связано с диссимулируемыми болезненными переживаниями. Эти данные надо отражать в акте судебно-психиатрической экспертизы для сведения врачей, осуществляющих принудительное лечение, так как личностное стремление к диссимуляции обычно бывает устойчивым.

В то же время приуменьшение астеноневротической симптоматики, снижения памяти в сочетании с желанием «удержать» социальные позиции у лиц с благополучным преморбидом не должно препятствовать отмене принудительного лечения. Динамика диссимуляции с возвратом к аутистической форме при положительных социальных установках, как правило, отражает благоприятное течение заболевания с относительной сохранностью адаптационных возможностей и способностью к компенсации болезненных проявлений, что также необходимо учитывать при проведении и отмене принудительного лечения в социально-психиатрическом и деонтологическом плане как один из важных путей профилактики повторных общественно опасных действий.

#### **Контрольные вопросы.**

1. 1. Что такое симуляция?
2. 2. Какие формы и способы симуляции вы знаете?
3. 3. Как можно распознать симуляцию?
4. 4. Что такое диссимуляция?
5. 5. Какие формы и способы диссимуляции вы знаете?
6. 6. Каким образом распознается диссимуляция?
7. 7. Каковы особенности судебно-психиатрической экспертизы симуляции и диссимуляции?

# **ЧАСТЬ III**

## **СУДЕБНАЯ НАРКОЛОГИЯ**

### **РАЗДЕЛ ПЕРВЫЙ**

#### **ОБЩИЕ ВОПРОСЫ НАРКОЛОГИИ**

##### **ГЛАВА 1**

###### **РАСПРОСТРАНЕНИЕ НАРКОМАНИИ И БОРЬБА С НАРКОБИЗНЕСОМ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН**

Последние десятилетие XX века характеризовалось прогрессирующими угрозами для жизни и здоровья человечества. Наряду с достижениями в научно-технической области, в развитии медицины, возникла опасность для всего человечества, стать жертвой наркотиков.

Проблема незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ актуальна для многих стран вообще и для Республики Узбекистан, в частности, так как республика, завоевавшая свою политическую и экономическую независимость и вставшая на путь самостоятельного развития, регион находится на перекрестке между Южной Азией и Европой и представляет большой интерес для всех видов международной преступности. Наркомания - результат умышленного воздействия определенных экономических сил и представляет реальную угрозу для национальной безопасности Республики Узбекистан.

Незаконный оборот наркотиков и рост числа наркоманов в ближайшие годы останется серьезной проблемой для Республики Узбекистан. Сохранению данной проблемы будут способствовать следующие факторы:

- привлекательность географического положения Узбекистана для торговли наркотиками, ввиду его расположения рядом с крупнейшим мировым производителем наркотиков;
- относительная прозрачность границ и безвизовый режим с некоторыми государствами Центральной Азии и СНГ, вызывающие интерес наркомафии к региону;
- недостаточный уровень координации усилий в борьбе с незаконным оборотом наркотиков между правоохранительными органами в Средней Азии и вне ее пределов;
- сохранение торговли наркотиками как средства существования отдельных лиц и групп;
- отсутствие у государства возможности выделить достаточно финансовых средств для борьбы с наркоманией и наркобизнесом;

- низкий уровень здравоохранения, не справляющийся с выявлением, лечением и профилактикой наркозависимости;
- несовершенство внутригосударственной системы борьбы с наркоманией, отсутствие единого органа, несущего ответственность за состояние дел в данной сфере;
- отсутствие глубоко продуманных образовательных программ о наркотиках в системе Минвуза и Министерства народного образования.
- рост удельного веса женщин, подростков и малолетних детей среди наркоманов;
- распространение насильственной наркотизации (т.е. «посадить на иглу»).

По данным правоохранительных органов и учреждений здравоохранения Республики Узбекистан на начало 2001 года общее число граждан страны, употребляющих наркотики на регулярной основе составляет около 25 тыс. чел. Более 70% лиц, употребляющих наркотики - молодежь. Именно школы и места массового развлечения молодежи, в первую очередь, дискотеки являются сегодня основными местами распространения наркотиков. Определяется тенденция увеличения количества героина, ввозимого на территорию Республики Узбекистан контрабандным путем. Если в 1998-99 годах объем изъятого героина составил соответственно 252,7 и 324 кг, то в 2000 году этот показатель по сравнению с 1998 годом увеличился почти в три раза и достиг 675 кг. Основная масса наркотиков, поступает из соседнего Таджикистана.

Правоохранительными органами Узбекистана в 2000 году на территории страны за незаконный оборот наркотиков задержано около 700 иностранных граждан. Из общего количества иностранных граждан, задержанных за незаконный оборот наркотиков 74% являются гражданами Таджикистана. Исходя из исследований, проведенных среди лиц, употребляющих наркотики путем инъекций в государствах Средней Азии, средний возраст лиц, впервые попробовавших наркотики является 14-29 лет. Экспресс-оценки, проведенные в 1998 году, показали, что 7% школьников в Ташкенте имеют опыт употребления наркотиков. Из всех случаев впервые это был гашиш, опиум, опиаты (например, морфин, промедол), психотропные препараты. В ходе изучения одной из программ по исследованию проблем наркомании было опрошено 305 человек из них 83% составили мужчины и 17% - женщины. По социальному положению опрошенные представляют собой следующие слои населения: 2,1% - школьники, 12% - учащиеся колледжей, 13,5% - студенты, 8,8% - предприниматели, 0,6% - представители творческой интеллигенции. По возрасту: 0,6% - подростки до 14 лет, 25,5% - молодые люди 15-19 лет, 26,1% опрошенных было в возрасте 20-24 лет, 25,8% - в возрасте 25-29 лет, 13,8% - в возрасте 30-34 лет. 56,80% опрошенным необходима медицинская помощь, 19,03% - психологическая. Конфликты с правоохранительными органами были у 58,03% опрошенных.

Необходимо указать и факторы распространения наркомании в тюрьмах. Основные принципы, принятые национальными программами по наркомании, должны быть одинаковы как для общества в целом, так и для заключенных. В каждой стране должна быть определена особая политика в отношении контроля за наркоманами в местах заключения. Эту политику и стратегии следует разрабатывать в тесном сотрудничестве национальных органов здравоохранения, администрацией тюрем. Тюрьмы обеспечивают идеальную почву для распространения наркотиков и других составляющих болезней (ВИЧ/СПИД, туберкулез). Шприцевая наркомания с использованием одного нестерильного шприца является возможным фактором высокого числа новых случаев ВИЧ-инфицирования в тюрьмах по всему миру. При инъекционном введении наркотиков, особенно когда ощущается дефицит игл и сложности с их хранением, поскольку это запрещено, как правило, совместно используется одна игла. Зачастую используются самодельные иглы, изготовленные, например, из стержней ручек.

Уголовное право может препятствовать усилиям, направленным на снижение высокого риска распространения наркотиков. Уголовный кодекс Республики Узбекистан в соответствии с этим содержит целую Главу XIX, посвященную преступлениям, составляющих незаконный оборот наркотических средств или психотропных веществ. Непосредственным объектом этой группы преступлений является правильное, нормальное состояние организма людей. Форма вины в данных преступлениях - умышленная. Виновный сознает, что он изготавливает, приобретает, хранит, провозит наркотические средства или психотропные вещества (ст.273 УК РУз). В законе определена специальная цель, которую преследует виновный, незаконно изготавливая, храня, приобретая, провозя или пересылая наркотические средства или психотропные вещества. Все эти деяния лицо осуществляет с целью сбыта. Таким образом, цель выступает в качестве конструктивного признака состава преступления и ее недоказанность обуславливает необходимость квалификации содеянного по ст.276 УК РУз.

Субъектом преступления может быть любое лицо, которому совершения преступления исполнилось 16 лет. Статья 274 Уголовного кодекса предусматривает наказание за вовлечение в употребление наркотических средств или психотропных веществ. Опасность данного деяния состоит в том, что вовлечение является разновидностью распространения таких веществ, в результате чего расширяется круг лиц, которые в последствие начинают употреблять наркотические средства. В качестве средства выступают наркотики, используя которые лицо пытается добиться результата, т.е. вовлечь других лиц к употреблению. Склонение с целью вовлечь другое лицо в употребление наркотических средств, психотропных или других веществ, завершившееся их фактическим потреблением, есть вовлечение. Именно факт употребления следует рассматривать как преступный результат в комментируемом деянии.

Наказание за данное преступление назначается в виде исправительно-трудовых работ сроком на три года или лишением свободы на тот же срок.

В нарушении Постановления Пленума Верховного Суда РУз "О судебной практике по уголовным делам составляющих незаконный оборот наркотических и психотропных веществ" от 27 октября 1995 года за № 21 следственные органы не производят взвешивание непосредственно при обнаружении и изъятии наркотических и психотропных веществ с участием понятых.

По данной категории дел практически неизвестны случаи назначения дактилоскопической экспертизы, на предмет обнаружения отпечатков пальцев на свертке у задержанного. Имеются много случаев, когда по данным уголовных дел следственными органами не был предоставлен адвокат с момента задержания, а обвиняемые в последующем заявляли, что им были подброшены свертки с наркотическим веществом и при допросе на них оказывали физическое и психическое давление. Без произведенного контрольного закупа наркотических и психотропных веществ, следственные органы квалифицируют действия субъекта как продажа таких веществ, лишь по количественному признаку. При этом автоматически отвергается версия о возможном наличии признаков сбыта (передачи, расчета, введение инъекции), т.е. действий несвязанных с получением материальных выгод.

Отсюда, по моему мнению, в суды поступает большой объем уголовных дел необоснованно квалифицированных по признаку "продажа наркотических средств"- часть 5 статья 273 УК РУз с наличием состава сбыта. Зачастую по ст.276 УК РУз, осуждаются действительно больные, нуждающиеся в лечении, а не в исправлении, люди которые вынуждены употреблять наркотики, во избежании "ломки".

Несмотря на то, что из диспозиции данной статьи был исключен признак "употребление", эта статья как "дамоклов меч" висит над этой категорией граждан. В действительности же освободив наркоманов от ответственности за употребление наркотиков, фактически положение осталось прежним. Для того, чтобы употребить наркотик необходимо выполнить хотя бы одно из действий, таких, например, как изготовление, приобретение, хранение, возвращение и так далее, одним словом все те действия, которые попадают под признаки ст.276 УК РУз. Целесообразно было бы на наш взгляд при производстве наркологической экспертизы одним из вопросов ставить размер суточной дозы употребления наркомана. Ответ на этот вопрос наряду с другими дал бы возможность правильно решить вопрос об ответственности, поскольку суточная доза наркомана разная.

На практике участились случаи совершения подобных преступлений женщинами, несовершеннолетними и лицами престарелого возраста. В расследовании такой категории дел очень сложно обнаружить действительный источник и получателя наркотиков, так как их часто используют в качестве курьеров. В данном случае санкция данной статьи не позволяет назначения наказания в сторону смягчения, что увеличивает количество осужденных на длительные сроки. Существуют основные

социальные причины происхождения наркомании такие, как неблагополучные семьи, окружение личности, отношение общества и другие социальные проблемы, возникшие из экономических трудностей переходного периода, становления нового государства. Так же очень важно учитывать сочетание биологического и социального неблагополучия личности, характера индивида. Степень влияния на людей политической нестабильной обстановки, корыстные интересы наркомафии в масштабе других целых государств.

На данном этапе проблема наркомании усложнилась тем, что практически не возможно установить источник - поставщика в пределах одного государства, поставка наркотиков принимает огромные масштабы, поставщики имеют организованную структуру. Создается ситуация когда человек без помощи общества, государственных органов не может сам один противостоять этому явлению, а молодые тем более. Для некоторых это является естественным образом жизни, т.е. наличие наркотиков в государстве. Наряду с карательными методами борьбы необходимо использовать воспитательные, агитационные методы, используя средства массовой информации. В обществе, в семье необходимо создать обстановку неприязненного отношения к наркотикам, абсолютного не принятия подобного образа жизни, желание у наркоманов вылечиться и впредь совсем отказаться от наркотиков. Женщины как матери должны взять на себя особую ответственность за воспитание будущего поколения. Они наряду с общественностью должны предотвратить такие явления как женская наркомания, алкоголизм и проституция.

Мировая политика в отношении наркотических средств определяется международными конвенциями и соглашениями между государствами о сотрудничестве. В настоящее время в мировом сообществе идет процесс унификации подходов к проблемам распространения наркотических средств и предупреждения наркомании. Однако национальная политика в этой сфере сохраняет некоторые свои особенности в зависимости от традиции и наркологической ситуации в стране, которые отражаются в национальном законодательстве, решениях правительства, специальных государственных программах по борьбе с распространением наркотиков.

Анализ международных документов позволяет выделить 2 основных направления политики предупреждения, распространения наркотиков и их немедицинского потребления.

1. Решительная и жесткая борьба с незаконным распространением наркотиков, с их нелегальным рынком.

2. Гуманизация отношений к лицам, страдающим наркоманиями.

Здесь рекомендуются различные виды замены уголовного наказания лечением, а также разработка и применение реабилитационных и профилактических мероприятий.

Большое внимание в программах по предупреждению распространения наркотиков уделяется информированности населения об их вреде. В этом плане основным источником знаний являются средства массовой

информации, так как на них возлагается большая ответственность. Комплексный подход к работе с населением строится по различным принципам: возрастному, социальному, территориальному. При этом особое внимание уделяется зонам риска.

Можно выделить 2 основных принципа построения профилактической деятельности в масштабе страны.

1. Увязка всех программ (региональных, общественных, отдельных организаций), касающихся проблем наркотиков.
2. Партнерство всех организаций, участвующих в работе по улучшению наркологической ситуации в стране. Здесь особое внимание уделяется объединению усилий правоохранительных органов и органов социального обеспечения, общественных организаций.

Все большее распространение в последнее время приобретает практика объединения различных специалистов (врачей, психологов, педагогов) в небольшие группы с целью организации и проведения программ помощи наркоманам и их семьям. В частности, основное внимание уделяется психологической работе с больными и лицами из группы риска.

Должна проводиться социальная работа по решению жилищных проблем наркоманов, их трудоустройства. Самый благоприятный психологический климат, доброжелательное отношение, атмосфера заботы к больным наркоманиями становятся в настоящее время немаловажными факторами в лечении и предупреждении заболеваемости наркоманиями.

Общими предпосылками развития социальных и правовых отношений в наркологии являются:

- 1) 1) признание за наркологическим больным подлинного статуса медицинского больного без всяких изъятий;
- 2) 2) фактическое уравнивание в законных правах наркологического больного со всеми другими больными;
- 3) 3) развитие частной наркологической помощи;
- 4) 4) приобретение наркологом статуса профессионального деятеля взамен или в дополнение к статусу государственного служащего;
- 5) 5) усвоение врачами-наркологами принципов, норм и стандартов современной общемедицинской этики;
- б) 6) образование и активное функционирование массовых врачебных наркологических ассоциаций.

### **Контрольные вопросы.**

1. 1. Каковы объективные и субъективные причины для возникновения и развития наркоманий?
2. 2. Какие особенности имеет формирование и распространение наркоманий в Республике Узбекистан?
3. 3. Какие факторы способствуют распространению наркоманий?
4. 4. Какие правовые меры принимаются в Республике Узбекистан?
5. 5. Каков характер и распространенность наркоманий в Узбекистане?

6. 6. Каковы основные направления политики предупреждения, распространения наркоманий?

## ГЛАВА 2

### ПРЕДМЕТ И ЗАДАЧИ НАРКОЛОГИИ

**Наркология** – наука, изучающая причины возникновения, формирования зависимости от психоактивных веществ, клинические проявления, токсические эффекты, диагностику, лечение, профилактику обусловленных ими заболеваний.

Наркология – самостоятельная дисциплина, имеющая отдельный шифр научной специальности. Причины, приводящие к зависимости, подразделяются на психологические, социальные и биологические.

**Психологические причины** представляют из себя индивидуальную – психологическую предрасположенность к наркотическим средствам. Они состоят из:

- самолечения – прием наркотических средств в качестве лекарств;
- в виде проявления психического заболевания.

**Социальные причины** выражаются в окружающей обстановке и социальных условиях, которые оказывают влияние на пристрастие к наркотическим средствам. К ним относятся:

- неполная занятость;
- бедность;
- супружеская дисгармония;
- стрессовые ситуации в быту и на работе;
- подражание детьми поведению взрослых;
- употребление наркотических препаратов подростками под влиянием сверстников.

**Биологические причины** включают в себя генетическую предрасположенность к развитию наркотической зависимости. Они включают:

- диспропорциональный высокий уровень наркологических заболеваний мужчин в сравнении с женщинами (4:1);
- повышенный риск развития наркологических заболеваний у сыновей/братьев;
- повышенный риск развития наркологических заболеваний у усыновленных близнецов, если наркологическими заболеваниями страдают биологические родители.

В настоящее время Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) предложила новый термин «психоактивные вещества», так как включает такие понятия, как алкоголь и наркотики, и позволяет не проводить их строгого дифференцирования.

Задачи, стоящие перед наркологией, можно представить следующим образом:

1. 1. Необходимо изучить распространенность наркологических заболеваний.

2. 2. Изучить факторы, влияющие на возникновение данных заболеваний.

3. 3. Определить механизмы возникновения и развития заболевания.

4. 4. Изучить особенности клинических проявлений и течения при различных формах наркологических заболеваний.

5. 5. Разработать высокоэффективные методы лечения и профилактики.

В связи со стремительным ростом употребления наркотических средств и заболеваемости наркоманиями в Республике Узбекистан в 1999 году принят Закон о наркотических и психотропных средствах и были введены жесткие меры контроля над наркотическими средствами.

Социальный спектр факторов при проведении эпидемиологического исследования включает, во-первых, экономический, а во-вторых, юридический аспекты. Роль фактора законодательного порядка очень четко прослеживается при изучении проблем, связанных с употреблением алкоголя и наркотиков. В-третьих, - социального направления в широком смысле данного понятия - это культуральные, этнические особенности, различия традиций, сюда же относятся факторы географические, климатические, специфика тех регионов, где проводилось или проводится исследование.

Определяется задача эпидемиологического исследования: изучить условия возникновения злоупотребления алкоголем и наркотиками и влияние на его распространенность тех или иных групп факторов и на основании полученных данных разработать соответствующие рекомендации. Анализируется группа законодательных факторов: доступность алкогольных напитков, их продажа в местах отдыха, вблизи школ. Устанавливается отрицательное влияние этих факторов, показывается, какие условия необходимо изменить, - все они относятся к группе законодательных. Изучается другая группа - этнические и культуральные различия. При сравнении трех регионов - Прибалтики, Средней Азии и России - выявлены культуральные различия. Установлено, что условия, в которых возникает злоупотребление алкоголем, в значительной степени определяются традициями. Чтобы изменить существующую ситуацию в стране, даются рекомендации - воздействовать на такие-то группы факторов. На одну должен воздействовать законодатель, на другую - психолог, а третья - чисто социальная.

Чтобы заниматься профилактикой, первичной профилактикой, необходимо изменить социальные условия, так как без этого нельзя решить главной задачи эпидемиологических исследований в наркологии.

Свои особенности имеет выявление наркомании. Большое значение приобретает не медицинская диагностика наркоманий как заболевания, а фактически «полицейская» диагностика - определение наркотиков в биологических жидкостях. За рубежом это практикуется давно и для этого имеется довольно простое оборудование. Есть специальные наборы - так называемые "экспресс-тесты" - для полицейских (типа набора лакмусовых бумажек). Но для медицинской диагностики такие проверки большого значения не имеют. Это важно, как правило, для правоохранительных

органов. В последние годы была предложена оригинальная методика диагностики наркомании. Ее суть состоит в выявлении в крови обследуемого антител, которые образуются в организме при употреблении наркотиков. Сегодня такие тест-системы разработаны для диагностики опийной и эфедроновой наркомании. Специфичность их, по данным некоторых авторов, достаточно высока - 70-80%, высока и чувствительность: методика «работает» спустя 2-3 мес. после последнего употребления наркотиков. То есть срок достаточно большой. Используется также иммуноферментный метод.

Во многих странах сам факт потребления наркотиков уголовно наказуем. Вопрос этот дискутируется не врачами, а исключительно политиками. Например, обсуждается вопрос о свободной продаже марихуаны в магазинах, как в Голландии. Аргументация такая: если это не будет запрещено - не будет и проблемы. При этом забывается одна существенная деталь - культура общества. Когда речь заходит о наркотиках, работники правоохранительных органов требуют пересмотра законодательства, они настаивают на том, чтобы любое употребление наркотических средств наказывалось в уголовном порядке, чтобы любая доза наркотиков, обнаруженная у человека, каралась законом. Правоохранительные органы можно понять, но нужно понять и врачей, их позицию: употребление наркотиков больным-наркоманом не должно уголовно наказываться.

Следующая задача наркологии - это лечение больных алкоголизмом и наркоманиями. Эта задача должна быть главной, но при одном условии - лечение должно быть добровольным. Во всем мире сегодня, когда говорят о лечении, имеют в виду стабилизацию ремиссии и профилактику рецидива заболевания. Этого можно достичь благодаря комплексному воздействию различных методов и средств: медикаментозного, психотерапевтического и социального, причем их удельный вес может быть неодинаковым. Настоящее лечение - это тяжелый труд. Систематическая работа с больным должна строиться на контроле за патологическим влечением к алкоголю и наркотикам, лечении сопутствующих соматических заболеваний и коррекции взаимоотношений больного с ближайшим окружением. И важная задача, которая сегодня стоит перед наркологией, - это профилактика, предупреждение заболеваний. ВОЗ определила несколько этапов профилактической работы.

### **Контрольные вопросы.**

1. 1. Что изучает предмет наркологии?
2. 2. Какие причины формируют наркологические заболевания?
3. 3. Какие задачи стоят перед наркологией?
4. 4. Какие существуют методы профилактики наркологических заболеваний?
5. 5. Какие существуют методы выявления наркологических заболеваний?

## ГЛАВА 3

### НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ТЕРМИНОЛОГИИ В НАРКОЛОГИИ

Многие медицинские термины, используемые в наркологии, связаны с законодательными актами и поэтому не могут использоваться, исходя только из медицинского значения.

Необходимо учесть, что термины, используемые в наркологии, такие как «наркотические средства», «психотропные вещества», «наркомания», являются достоянием не только медицинских работников, но и юристов, социологов, общественных деятелей. Они используются в международных договорах, конвенциях, в национальных законодательствах.

Изучение вопроса правомерности применения тех или иных терминов показало, что часто специалисты используют термины, не отражающие совокупность юридических, социальных и медицинских аспектов проблемы.

Термин "*наркотическое вещество*" содержит в себе три критерия: медицинский, социальный и юридический. Они взаимно зависимы, и в правовом аспекте обязывают признавать средство наркотическим только при единстве трех критериев: медицинского – если соответствующее средство, вещество, лекарственная форма оказывает специфическое действие на центральную нервную систему (стимулирующее, седативное, галлюциногенное и другое), что является причиной их немедицинского употребления, принимающее масштабы, обуславливающие социальную значимость – социальный; юридического – если Министерство Здравоохранения признало это средство наркотическим и включило его в список наркотических средств. Отсутствие одного из этих критериев не дает основания считать лекарственное средство или химическое вещество (синтетическое, биологическое, растительное) наркотическим средством, если даже это вещество или лекарственное средство может стать предметом злоупотребления и может вызвать соответствующее болезненное состояние.

Вопрос терминологии имеет также исключительно важное значение и с позиции международных Конвенций. Применяя термин «наркотические средства», необходимо рассмотреть вопрос о включении его в установленном порядке в соответствующие списки Единой конвенции о наркотических средствах 1961г. (договора), учесть законодательные акты, предусматривающие лимитирование производства этих веществ, согласование объема производства с международными контрольными органами, а также регулярную информацию ООН по вопросам производства, потребления, экспорта и импорта этих веществ. Вещества, признанные наркотическими, подлежат экспорту и импорту только в рамках Единой

конвенции о наркотических средствах 1961г. с применением системы взаимной информации сторон и контрольного органа ООН.

Необходимо рассмотреть также термин «*психотропные вещества*». До 1971 г. этот термин применяли сугубо с профессиональных, т. е. медицинских и фармакологических позиций. В 1971 г. в связи с принятием новой Конвенции о психотропных веществах термин «психотропные средства» приобрел уже и юридический оттенок.

Конвенция определила, что в список психотропных веществ могут включаться только те, которые вызывают патологическое привыкание, оказывают стимулирующее или депрессивное воздействие на центральную нервную систему, вызывая галлюцинации или нарушения моторной функции, мышления, поведения, восприятия, настроения, и воздействие которых может представить опасность для здоровья населения и социальную проблему для общества.

Таким образом, создалось двойственное положение: с одной стороны существует термин «психотропные вещества» с позиции международного права новых конвенций, с другой - этот же термин применяется с традиционной фармакологической и клинической позиции, которая существовала до недавнего времени. Термин «наркомания» определяется не столько с медицинских позиций, сколько с медико-юридических и социальных. Он применим только к тем видам злоупотребления веществами или лекарственными средствами, которые в соответствии с правовыми актами уполномоченного на то юридического лица признаны наркотическими.

Такое применение этих терминов вызвало необходимость введения в терминологию клинического определения злоупотребления веществами или лекарственными средствами, не признанными законом наркотическими, дополнительного понятия токсикомания как термина, необходимого для определения нозологической формы заболевания. После юридического акта признания вещества наркотическим группа больных, у которых до этого ставился диагноз токсикомания переходит в группу больных наркоманией.

Понятия "пристрастие к наркотическим веществам", "злоупотребление наркотическими веществами" и "наркотическая зависимость" отражают современные представления о реакциях организма на повторные действия наркотических веществ.

Термином *наркотические вещества* обозначают химические соединения, входящие в состав спиртных напитков, лекарственных препаратов или пищевых продуктов. Термины "наркотические вещества" и "наркотики" используются как взаимозаменяемые. Наркотики являются особой категорией наркотических веществ, специфически действующих на мозг и в целом на организм человека.

**Синдром измененной толерантности** - это состояние адаптации, привыкания к наркотическим или токсикоманическим препаратам, проявляющееся во все менее выраженной реакции на очередное введение их прежнего количества. Поэтому для достижения желаемого психофизического эффекта требуется уже более высокая доза препарата. Спустя какое-то время опять наступает момент, когда и эта доза становится недостаточной и возникает субъективная потребность в ее увеличении. Подобное нарастание толерантности часто сопровождается подавлением защитных реакций организма (например, исчезновением рвоты при приеме препаратов внутрь, упорным кашлем при ингаляциях), утратой контроля за количеством принимаемого препарата и отравлениями различной степени тяжести, вплоть до летальных исходов. В зависимости от особенностей фармакодинамики употребляемых препаратов и продолжительности их психофизического эффекта может повышаться как разовая, так и суточная их доза, увеличиваться частота эпизодов приема.

Толерантность достигает своего максимума и на протяжении некоторого периода времени остается постоянной. Для достижения желаемого психофизического эффекта употребляют наивысшие за весь период заболевания дозы, преимущественно одних и тех же наркотических или токсикоманических препаратов. Наивысшие дозы применяют как одномоментно, так и на протяжении одних или нескольких суток подряд. Относительно некоторых препаратов (преимущественно снотворных) существует верхний предел дозы, которую больной может перенести. Однако этот предел может варьировать в зависимости от индивидуальных особенностей.

Симптом *перекрестной толерантности* возникает при сформированных наркоманиях или токсикоманиях. Наблюдается при сочетанном употреблении нескольких видов наркотических или токсикоманических препаратов, часто - при их комбинации с алкоголем, при полинаркоманиях. Применение с основным наркотическим препаратом другого препарата или алкоголя приводит к быстрому нарастанию толерантности и к этим последним.

**Сенсбилизация** — адаптивный процесс, при котором постоянная доза наркотика вызывает возрастающий эффект. Этот процесс часто называют "обратной толерантностью", и он может маскировать одновременно протекающий процесс развития толерантности. Это явление наблюдается при употреблении кокаина или амфетаминов.

**Десенсбилизация** — эффект, часто сопровождающий толерантность, — это ослабление действия на клетку наркотического вещества при хроническом его употреблении. Взаимодействия между нейромедиатором и его синаптическим рецептором, включая повышение чувствительности рецептора (сенсбилизация) и потерю чувствительности рецептором при постоянном присутствии наркотика (десенсбилизация), характеризуют эти понятия.

**Абстиненция (синдром отмены)** — это синдром физических и (или) психологических нарушений, который развивается после резкого прекращения употребления наркотического вещества или фармакологического блокирования его действия.

Толерантность отражает компенсаторную реакцию организма на воздействие наркотического вещества, в то время как абстиненция является результатом действия тех же адаптивных процессов в случае, когда употребление наркотического вещества прекращается. Прекращение употребления приводит к физическим и психологическим нарушениям.

**Зависимость** — постоянный прием наркотических веществ для предотвращения или ослабления физических или психологических абстинентных нарушений. Определение зависимости включает толерантность и абстиненцию, но содержит еще и дополнительный поведенческий компонент. Зависимость имеет физиологическую и психологическую составляющие.

**Психическая зависимость** - это болезненное влечение постоянно или периодически принимать наркотический или другой психоактивный препарат с тем, чтобы вновь испытывать желаемые ощущения либо устранять явления психического дискомфорта. Психическая зависимость возникает во всех случаях систематического употребления психоактивных веществ, иногда и после однократного их приема. Она является самым сильным психологическим фактором, обуславливающим рецидивы заболевания и препятствующим самостоятельному длительному воздержанию или полному прекращению приема психоактивных средств.

Патологическое влечение может носить также периодический или циклический характер. Например, при героиновой наркомании патологическое влечение формируется чрезвычайно быстро, уже в течение 2-3 нед., выраженность высокая, частота приема препарата достигает 15-20 раз в сутки. Чаще всего имеет место массивный прием наркотика в течение 2-5 дней (в виде своеобразного «запоя»), сменяющийся более или менее продолжительным периодом дезактуализации влечения на фоне физической астении и депрессии, с последующим новым приемом наркотика; наблюдаются также «сезонные» опиийные наркомании, связанные со сбором дикорастущего масличного мака в летнее время и спонтанной дезактуализацией влечения зимой.

Патологическое влечение к наркотикам и другим психоактивным средствам возникает и на фоне латентно существующих психических расстройств, чаще всего депрессивных, дистимических, тревожных, ипохондрических или агрипнических в рамках пограничных или эндогенных психических заболеваний. Прием психоактивных средств способствует, по словам больных, снятию или уменьшению этих симптомов, облегчению контактов с окружающими.

**Физическая зависимость** - это состояние особой перестройки всей жизнедеятельности организма человека в связи с систематическим употреблением наркотических или других психоактивных препаратов. Оно

проявляется интенсивными психическими и физическими (соматовегетативными и неврологическими) нарушениями при прекращении приема препарата. Эти расстройства, обозначаемые как синдром «отмены» или абстинентный синдром, облегчаются или полностью купируются новым введением данного наркотика либо вещества со сходным фармакологическим действием. Физическая зависимость является мощным фактором в подкреплении влияния психической зависимости на продолжение систематического злоупотребления психоактивными веществами или быстрое его возобновление после совершенной отмены. Физическая зависимость развивается в процессе злоупотребления не каждым психоактивным или наркотическим агентом. Различные виды наркомании и токсикоманий имеют специфические особенности клинических проявлений физической зависимости, ее глубины и продолжительности. Иногда вне приема наркотиков возникают соматовегетативные и вегетативно-алгические симптомы, имитирующие картины абстинентного синдрома в период обрыва приема, но отставленные по времени. Например, встречаются так называемые «сухие» абстинентные расстройства при опийных или героиновых наркоманиях, возникающие через 3-4 нед., а иногда и через несколько месяцев после прекращения приема и купирования типичного абстинентного синдрома.

**Злоупотребление наркотическими веществами** - диагностический термин, означающий периодическое ослабление контроля за употреблением наркотических веществ и термин, имеющий более простое, общераспространенное значение: потребление, которое является нарушением норм, принятых в обществе, и наносит вред здоровью человека, злоупотребляющего наркотическими веществами.

**Пристрастие к употреблению наркотических веществ** — это непреодолимая тяга к наркотику и ослабленный контроль за приемом наркотика, несмотря на опасные последствия. Пристрастие характеризуется непреодолимым желанием его принять, предрасположенностью к рецидиву, потерей контроля и отрицанием существования проблемы. Понятие прирастия включает в себя толерантность, зависимость и два других важных элемента — непреодолимую тягу к наркотику и потерю контроля. Пристрастие способствует страх перед физическими симптомами абстиненции. В настоящее время в категорию наркотических веществ, вызывающих прирастие, входит, в частности, кокаин, имеющий ограниченные физические симптомы абстиненции. К наркотическим веществам, вызывающим наиболее сильное прирастие, относятся опиаты, кокаин, амфетамины, алкоголь и никотин. Прирастие к наркотикам — это очень сложное явление. Оно включает толерантность и зависимость; кроме того, важным элементом является неконтролируемое, непреодолимое желание употребления наркотиков.

### **Контрольные вопросы.**

1. 1. Что такое наркотическое вещество?
2. 2. Что такое психотропные вещества?
3. 3. Что такое физическая и психическая зависимость?
4. 4. Что такое сенсibilизация и десенсibilизация?
5. 5. Что такое толерантность? Назовите виды толерантности.

## ГЛАВА 4

### ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ МЕРЫ ПО БОРЬБЕ С АЛКОГОЛИЗМОМ, НАРКОМАНИЯМИ И ТОКСИКОМАНИЯМИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Непрекращающиеся попытки дестабилизировать общественно-политическую обстановку в странах Центральной Азии со стороны террористических центров, различных экстремистских группировок, финансовой базой которых являются доходы от наркобизнеса, преследовали своей целью создать безопасные и устойчивые каналы поступления наркотиков. Правительство Узбекистана с учетом растущей опасности и, в первую очередь, для населения тех государств, куда адресован этот поток транзитных наркотиков, с каждым годом наращивает усилия по их пресечению. Ежегодно на эти цели правительство Узбекистана выделяет из бюджета республики значительные средства. Специальным постановлением правительства «О совершенствовании кинологической службы» в 2000 году выделены значительные ресурсы и более 800 дополнительных штатных единиц – специалистов-кинологов с целью обеспечить эффективное изъятие транзитных наркотиков на маршрутах их перевозки.

Одним из важных направлений деятельности по борьбе с наркоманией, является усиление и систематизация контроля за законным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров. В этих целях в 2000 году Кабинетом Министров Республики Узбекистан принято Постановление «О ввозе, вывозе и транзите через территорию Республики Узбекистан наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров», обеспечивающие необходимый контроль за их оборотом со стороны Государственной Комиссии Республики Узбекистан по контролю за наркотиками. На сегодняшний день в Республике Узбекистан разработаны и введены в действие статьи Уголовного Кодекса, предусматривающие уголовное наказание за преступления, составляющие незаконный оборот наркотических средств или психотропных веществ – это статьи 270, 271, 273, 274, 275, 276 УК РУз. Для удобства восприятия этих статей с ниже излагаемым материалом мы приводим дословное их содержание.

#### **Статья 270. Культивирование запрещенных к возделыванию культур**

Культивирование, то есть незаконный посев или выращивание опийного или масличного мака, растения каннабис либо других растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, —

наказывается штрафом от двадцати пяти до пятидесяти минимальных размеров заработной платы или исправительными работами до трех лет либо лишением свободы до трех лет.

То же действие, совершенное:

а) лицом, ранее совершившим преступление, составляющее незаконный оборот наркотических средств или психотропных веществ;

б) по предварительному сговору группой лиц;

в) на площади средней величины, —

наказывается штрафом от пятидесяти до ста минимальных размеров заработной платы или арестом до шести месяцев либо лишением свободы от трех до пяти лет.

То же действие, совершенное:

а) особо опасным рецидивистом;

б) организованной группой или в ее интересах;

в) на площади большой величины, —

наказывается лишением свободы от пяти до десяти лет.

### **Статья 271. Незаконное завладение наркотическими средствами или психотропными веществами**

Незаконное завладение наркотическими средствами или психотропными веществами, совершенное путем кражи или мошенничества, —

наказывается исправительными работами до трех лет или арестом до шести месяцев либо лишением свободы до пяти лет.

То же действие, совершенное:

а) лицом, ранее совершившим преступление, составляющее незаконный оборот наркотических средств или психотропных веществ;

б) по предварительному сговору группой лиц;

в) путем присвоения или растраты;

г) путем грабежа;

д) путем злоупотребления должностным положением;

е) путем вымогательства;

ж) в крупных размерах, —

наказывается лишением свободы от пяти до десяти лет.

То же действие, совершенное:

а) особо опасным рецидивистом;

б) организованной группой или в ее интересах;

в) путем разбойного нападения, —

наказывается лишением свободы от десяти до двадцати лет.

### **Статья 272 - исключена Законом Республики Узбекистан от 20 августа 1999 года.**

### **Статья 273. Незаконное изготовление, приобретение, хранение и другие действия с наркотическими средствами или психотропными веществами с целью сбыта, а равно их сбыт**

Незаконное изготовление, приобретение, хранение, провоз или пересылка с целью сбыта, а равно сбыт наркотических средств или психотропных веществ

в небольших размерах — наказывается арестом до шести месяцев или лишением свободы от трех до пяти лет.

Деяния, предусмотренные частью первой настоящей статьи, совершенные в размерах, превышающих небольшой, — наказываются лишением свободы от пяти до семи лет.

Деяния, предусмотренные частью первой или второй настоящей статьи, совершенные:

- а) лицом, ранее совершившим преступление, составляющее незаконный оборот наркотических средств или психотропных веществ;
  - б) по предварительному сговору группой лиц;
  - в) в местах отбывания наказания в виде лишения свободы;
  - г) в учебных заведениях или в других местах, которые используются школьниками, студентами для проведения учебных, спортивных или общественных мероприятий, —
- наказываются лишением свободы от семи до десяти лет.

Незаконное изготовление или переработка наркотических средств или психотропных веществ в лабораториях или с использованием средств и оборудования, являющихся чужой собственностью либо с использованием прекурсоров, а равно организация или содержание притонов для потребления или распространения этих средств, а также деяния, предусмотренные частью второй или третьей настоящей статьи, совершенные:

- а) особо опасным рецидивистом;
  - б) организованной группой или в ее интересах, —
- наказываются лишением свободы от десяти до пятнадцати лет.

Незаконная продажа наркотических средств или психотропных веществ в крупных размерах, — наказывается лишением свободы от десяти до двадцати лет.

Лицо, совершившее деяния, предусмотренные частью первой настоящей статьи, освобождается от наказания, если оно добровольно явилось с повинной в органы власти и сдало наркотические средства или психотропные вещества.

#### **Статья 274. Вовлечение в употребление наркотических средств или психотропных веществ**

Вовлечение в потребление наркотических средств, психотропных или других веществ, влияющих на интеллектуально-волевую деятельность в любой форме, — наказывается исправительными работами до трех лет или лишением свободы до трех лет.

То же действие, совершенное:

- а) лицом, ранее совершившим преступление, составляющее незаконный оборот наркотических средств или психотропных веществ;
- б) в местах отбывания наказания в виде лишения свободы;
- в) в отношении двух или более лиц, — наказывается арестом до шести месяцев или лишением свободы от трех до пяти лет.

**Статья 275. Нарушение правил производства или обращения с наркотическими средствами или психотропными веществами**

Нарушение установленных правил производства, хранения, учета, отпуска, провоза или пересылки наркотических средств или психотропных веществ — наказывается штрафом от двадцати пяти до пятидесяти минимальных размеров заработной платы или лишением определенного права до пяти лет, или исправительными работами до трех лет либо лишением свободы до пяти лет.

**Статья 276. Незаконное изготовление, приобретение, хранение и другие действия с наркотическими средствами или психотропными веществами без цели сбыта**

Незаконные изготовление, хранение, приобретение, провоз или пересылка наркотических средств или психотропных веществ без цели сбыта — наказываются штрафом до пятидесяти минимальных размеров заработной платы или исправительными работами до трех лет, или арестом до шести месяцев либо лишением свободы до трех лет.

Те же деяния, совершенные:

- а) в крупном размере;
- б) лицом, ранее совершившим преступление, составляющее незаконный оборот наркотических средств или психотропных веществ, — наказываются лишением свободы от трех до пяти лет.

Лицо, совершившее деяния, предусмотренные частью первой настоящей статьи, освобождается от наказания, если оно добровольно явилось с повинной в органы власти и сдало наркотические средства или психотропные вещества.

Однако особое внимание обращается на вовлечение несовершеннолетних в антисоциальное поведение – статья 127 УК РУз. В статье указывается:

«Вовлечение несовершеннолетнего в попрошайничество, употребление спиртных напитков, веществ или средств, не являющихся наркотическими или психотропными, но влияющих на интеллектуально-волевою деятельность, совершенное после применения административного взыскания за такие же действия, — наказывается исправительными работами до двух лет или арестом до трех месяцев либо лишением свободы до трех лет.

Вовлечение несовершеннолетнего в употребление наркотических средств или психотропных веществ — наказывается арестом от трех до шести месяцев или лишением свободы от трех до пяти лет.

Вовлечение несовершеннолетних в преступление, а равно действия, предусмотренные частью второй настоящей статьи, совершенные:

- а) лицом, ранее совершившим любое преступление, связанное с незаконным оборотом наркотических средств или психотропных веществ;
- б) в отношении двух или более несовершеннолетних;
- в) в учебных заведениях или в других местах, которые используются школьниками, студентами для проведения учебных, спортивных или общественных мероприятий, — наказываются лишением свободы от пяти до десяти лет».

При систематическом злоупотреблении алкоголем и другими ненаркотическими дурманящими веществами, при употреблении наркотиков, а также за совершение тех действий (или соучастия в них), за которые наказывают совершеннолетних, подростки младшего возраста по решению комиссии по делам несовершеннолетних при отделе внутренних дел хокимиятов могут быть направлены в специальные воспитательные интернаты.

### ***Применение мер медицинского характера к лицам, страдающим алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией***

В соответствии со статьей 96 УК РУз к лицам, страдающим алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией, могут быть применены меры медицинского характера. В статье говорится:

В случае совершения преступления лицами, страдающими алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией, суд при наличии медицинского заключения наряду с наказанием может назначить им меры медицинского характера.

Лица, перечисленные в части первой настоящей статьи, осужденные к мерам наказания, не связанным с лишением свободы, подлежат принудительному лечению в медицинских учреждениях.

Лица, перечисленные в части первой настоящей статьи, осужденные к лишению свободы или аресту, подлежат лечению по месту отбывания наказания, а после освобождения, в случаях необходимости продолжения лечения, - в медицинских учреждениях на общих основаниях.

### **Лишение родительских прав**

Лишение родительских прав производится только судом. Основанием служит уклонение родителей от выполнения обязанностей по воспитанию детей или жестокое обращение с ними, а также, если родители оказывают вредное влияние своим аморальным или антиобщественным поведением. Основанием может служить также хронический алкоголизм или наркомания у родителей.

### **Контрольные вопросы.**

1. Какой закон принят в Республике Узбекистан в связи с усилением борьбы с наркоманиями?
2. Какие статьи уголовного и гражданского кодекса посвящены вопросам, связанным с наркоманиями?
3. Какие меры наказания предусматриваются к несовершеннолетним, употребляющим наркотики?
4. Как ограничиваются гражданские права граждан, страдающие наркоманиями?
5. Какие меры медицинского характера применяют к лицам, страдающим наркологическими заболеваниями?

## ГЛАВА 5

### ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ СУДЕБНО-НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

**Экспертиза наркологического опьянения** (алкогольного, наркоманического, токсикоманического) - одна из важных сторон деятельности работников наркологической службы, при ее отсутствии — психиатрической или, в крайнем случае, общесоматической.

Экспертиза наркологического опьянения производится на основании инструкций о порядке медицинского освидетельствования лиц, направленных для установления состояния наркологического опьянения в зависимости от его формы.

Внешние проявления наркологического опьянения зависят от его вида и клинических стадий, а также зависят от индивидуальных свойств и состояния организма и от дозы принятого наркотического вещества.

Независимо от вида наркологического опьянения диагностику наркотического опьянения нужно проводить, основываясь на следующих данных:

- — поведение и внешний вид обследуемого;
- — состояние неврологического статуса;
- — состояние соматического статуса;
- — состояние психического статуса;
- — результаты лабораторных исследований;
- — наличие явлений абстинентного синдрома.

Наиболее важными и специфичными для наркологии методами являются способы определения содержания в крови алкоголя, наркотиков и других дурманных веществ. Подобные анализы требуют специально оснащенной биохимической лаборатории, например наличия газожидкостной хроматографии, радиоиммунохимических методов.

Результаты обычных клинических анализов крови и мочи мало информативны, хотя необходимы для диагностики сопутствующих заболеваний. Надо добавить также, что для опийных наркоманий характерна почти постоянная легкая гипергликемия, а для курильщиков гашиша, наоборот, гипогликемия.

Если для введения наркотика или иного токсического вещества используются инъекции, то чем дольше они продолжаются, тем выше становится угроза заражения вирусом СПИД. Проведенное эпидемиологическое обследование показало, что около 25 % наркоманов являются носителями этого вируса. Поэтому представляется целесообразным всех подростков, прибегавших к внутривенным вливаниям наркотиков, обследовать на заражение вирусом СПИД.

При **алкогольном опьянении** большое значение имеют лабораторные исследования и различные пробы на алкоголь. Проба Раппопорта основана на

окислении и разложении перманганата калия, прибавляемого по каплям, этиловым спиртом в присутствии серной кислоты (происходит обесцвечивание).

Исследование проводят следующим образом. В 2 одинаковые пробирки, в одну из которых погружается трубка, наливают 2 мл дистиллированной воды. Исследуемый должен прополоскать водой рот, после чего сделать 20—30 выдохов в трубку, которая опущена на дно пробирки. Необходимо проследить, чтобы выдыхаемый воздух прошел в воду и выделился в виде пузырьков. После этого осторожно (по стенке) в обе пробирки наливают по 25 капель концентрированного раствора химически чистой серной кислоты. Затем добавляют по 1 или 2 капли 0,5% раствора перманганата калия. Если в выдыхаемом воздухе содержались пары алкоголя, то через 2—3 мин в пробирке, в которую вдувают воздух, произойдет обесцвечивание раствора до бледно-розового цвета или до полной прозрачности. Если в течение 10—15 мин цвет раствора в обеих пробирках не изменится, то можно считать, что исследуемый не употреблял спиртного. Следует помнить, что слаболожительная реакция может возникнуть при употреблении незадолго до исследования лекарств, приготовленных на спирте или эфире. Это нужно выяснить.

Проба Шинкаренко — Мохова дает точные результаты. Ее можно проводить даже спящему человеку, если вставить трубку в рот, а ноздри на короткое время зажать. Перед проведением пробы широкий конец трубки через который испытуемый должен подуть, протирают ваткой, смоченной в растворе перманганата калия, затем отпиливают оба конца трубки и предлагают исследуемому дуть в нее в течение 20—30 с. При отсутствии паров алкоголя в выдыхаемом воздухе химический реагент не меняет своего цвета, при положительной реакции образуется кольцо зеленоватого цвета. Чем больше было употреблено алкоголя, тем интенсивнее окраска кольца. При употреблении 0,5 л пива проба бывает положительной кратковременно, 10 мл вина — в течение 1 ч, 150 мл водки — 4—5 ч, 0,5 л водки — 15—18 ч.

Можно определять алкоголь в моче. Для целей диагностики используется также специальный электронный прибор, позволяющий в любых условиях провести экспертизу опьянения. Его используют сотрудники ГАИ при экспертизе водителей в дорожных условиях. Прибор выдает ответ сразу в виде соответствующих знаков на перфоленте.

Более тонкие химические исследования в условиях лаборатории позволяют вычислить количественное содержание алкоголя в крови, моче, что в свою очередь делает возможным приблизительно определить степень опьянения. Часто концентрации алкоголя менее 1 см<sup>3</sup> на 1 л крови недостаточно, чтобы вызвать видимые симптомы опьянения. При легкой степени опьянения концентрация алкоголя может составить 1—2 см<sup>3</sup> в 1 л крови, средней степени (выраженная) — 2—4 см<sup>3</sup> и при концентрации 5—7 см<sup>3</sup> алкоголя в 1 л крови наблюдается глубокая степень опьянения. Констатируя в крови человека определенные концентрации этилового спирта, можно судить о

количестве принятого алкоголя. Однако необходимо учесть весьма большую вариабельность.

В сложных условиях судебно-медицинской экспертизы могут быть взяты пятна крови для определения различных биохимических показателей, которые косвенно могут помочь диагностике. Возможны также анализы мочи для качественного определения в ней продуктов метаболизма этилового спирта.

В последние годы в практику входит использование различных приборов: ПФК-01— комплекс приборов для психофизиологических исследований; ППС — прибор для определения паров алкоголя в выдыхаемом воздухе и ряд других.

В отдельных случаях экспертизу опьянения приходится проводить на следующий день после употребления спиртного напитка. Здесь могут помочь так называемые остаточные явления или похмельный синдром, который выражается в головной боли, поташнивании, пониженном настроении, выраженных вегетативных симптомах, дрожании языка, пальцев рук.

Определенное значение имеет исследование функций печени, которые обычно нарушаются при хронической алкогольной интоксикации. В этой связи проводится исследование ферментов печени: гамма-глутамилтранспептидазы, трансаминазы, щелочной фосфатазы, липопротеидов высокой плотности. Алкоголики могут иметь также увеличенную концентрацию в сыворотке крови мочевой кислоты, мочевины и триглицеридов.

Употребление **опиатов** можно выявить при помощи следующих лабораторных тестов. Токсикологическое исследование мочи — этот тест выявит применение опиатов за последние 48 ч приблизительно с 90 % чувствительностью, но положительный результат не является диагностическим признаком опиатной зависимости. Налоксон (наркан), антагонист опиатных рецепторов, применяется для установления наличия и тяжести опиатной интоксикации. Налоксон может усилить острый синдром отмены, поэтому его необходимо вводить осторожно и в присутствии опытного врача. Из-за побочных эффектов применяют налоксон в основном в случае бессознательного состояния пациента при оказании неотложной помощи. Диагностическая проба с применением налоксона заключается в следующем: доза 0,2-0,4 мг налоксона вводится внутривенно в течение 5 мин или в виде болюсной инъекции подкожно либо внутримышечно. Тщательно выявлять ранние признаки синдрома отмены — расширение зрачков, учащение дыхания, слезотечение, насморк или потливость. Если нет реакции на введение налоксона в течение 15-30 мин, ввести вторую дозу препарата 0,4 мг внутривенно или 0,4-0,8 мг подкожно и наблюдать за реакцией. Если и в этом случае нет реакции, тогда можно исключить наличие опиатной зависимости. Если пациент принимает много лекарственных препаратов, помните: налоксон не изменяет проявление действия ненаркотических средств.

Анализ мочи на содержание **кокаина** имеет ограниченное значение. Кокаин определяется в моче в низких концентрациях через несколько часов после первого приема и может быть обнаружен и еще в течение 38 часов.

Однако уровень концентрации слишком низок для того, чтобы его можно было выявить при обычном исследовании мочи. Главный маркер для определения применения кокаина – бензоилэктонин, метаболит кокаина, который обнаруживается в течение 5-7 дней после приема кокаина. Невозможно установить факт приема препарата, если он имел место более чем за 7 дней до тестирования.

При потреблении *гашиша* существуют следующие диагностические тесты. Признаки как острого, так и хронического употребления марихуаны в основном неспецифичны. Проведение анализа мочи на содержание каннабиноидов может оказаться полезным, однако ложноположительные результаты встречаются часто. Например, пассивное вдыхание дыма, содержащего ТГК, на вечеринке может быть причиной положительного результата анализа. Другие лабораторные тесты не чувствительны и не специфичны для выявления факта употребления гашиша.

К важным лабораторным показателям у пациента, применяющего *анаболические стероиды*, относится любое из следующих:

- положительный результат токсикологического исследования мочи на анаболические стероиды и их метаболита;
- повышенный уровень глюкозы натощак;
- низкий уровень сывороточных ЛВП и повышенный уровень сывороточных ЛНП;
- увеличение отношения азота мочевины крови к азоту креатинина (особенно, при приеме диуретиков) и несоответствующее возрасту состояние костей (сращение эпифиза) (особенно, у подростков);
- неспецифическое повышение показателей при функциональном тестировании печени. Надежность выявления приема стероидов при проведении функционального тестирования печени невелика, так как большая физическая нагрузка вызывает подъем уровней сывороточных аланин- и аспаратаминотрансфераз, лактатдегидрогеназы и фосфатаз.

Лабораторную диагностику при злоупотреблении *летучими органическими соединениями (ингалянтами)* проводить сложно, так как не существует характерных признаков злоупотребления. Анамнез и признание больного способствуют постановке диагноза. До тех пор пока не обнаружено наличие специфических запахов или принадлежностей для использования летучих органических соединений (ЛОС), редко кто из врачей может незамедлительно заподозрить злоупотребление ЛОС. Лица, имеющие вновь появившиеся, непродолжительные изменения умственного (психического) статуса одновременно со множеством других неопределенных жалоб и признаков (например, сердцебиение, обморок, головокружение, цианоз, изменение характера дыхания, красные глаза, характерный запах изо рта, слабость), должны рассматриваться как возможно злоупотребляющие ЛОС. Измененные показатели функции печени (например, увеличение активности трансаминаз, сниженная синтетическая функция) помогают предположить недавнее злоупотребление ЛОС. Наличие метгемоглобинемии при отсутствии опознавательных фармакологических или врожденных (серповидно-клеточная

анемия) причин увеличивает вероятность того, что пациент занимается вдыханием нитритов. Мегалобластическая анемия на фоне нормального уровня витамина В<sub>12</sub> с или без наличия нейропатии может указывать на злоупотребление закисью азота. К необходимым скрининговым исследованиям у пациентов с подозрением на злоупотребление ЛОС относятся:

- подсчет формулы крови;
- токсикологические исследования сыворотки, артериальных газов крови;
- функциональные печеночные тесты;
- анализ мочи с токсикологическими исследованиями.

Диагностика наркологического опьянения может проводиться по различным мотивам, например при подозрении, что данное лицо находится при исполнении служебных обязанностей в состоянии опьянения, или при совершении правонарушения. Направлять на экспертизу могут руководители учреждений и предприятий, административные, следственные, судебные органы. Проводят экспертизу психиатры, наркологи, невропатологи или врачи других специальностей. Средние медицинские работники должны ориентироваться в вопросах диагностики степени опьянения, уметь приготовить растворы и другой материал для проведения проб.

Результаты экспертизы оформляются врачебным актом. В нем указывают фамилию, имя, отчество исследуемого, его внешний вид, поведение, состояние сознания, соматический, неврологический и психический статусы, результаты проведенных лабораторных исследований.

### ***Судебно-наркологическая экспертиза трупа***

Необходимость в судебно-наркологической экспертизе трупа часто возникает при исследовании трупов или насильственной и скоропостижной смерти. Экспертизу интоксикации этиловым спиртом может иметь самостоятельное, доказательное значение (установление наличия опьянения и его степени) как причина смерти или являться фактором, определяющим поведение и действия субъекта, находящегося в состоянии опьянения (осуществление суицидальных намерений, совершение преступления), или способствовать патогенезу и танатогенезу, например сердечно-сосудистого заболевания, приводящего к смерти.

Принято считать смертельной дозой для человека 6—8 мл чистого этилового спирта на килограмм массы тела — примерно 200—300 мл одноразового приема чистого алкоголя. Однако эти дозы бывают сугубо индивидуальны. Они предложены для определения степени алкогольного опьянения у потерпевших и других лиц и рекомендуется применять и при исследовании трупов. Экспертизу алкогольной интоксикации при исследовании трупа производят для установления факта приема алкоголя умершим незадолго до смерти и возможного его значения в танатогенезе или в происшествии, сопровождающемся летальным исходом, а также при подозрении на наступление смерти от острой алкогольной интоксикации.

Морфологические изменения во внутренних органах при остром отравлении этиловым спиртом неспецифичны, они могут наблюдаться и при других причинах смерти. Однако, сочетание данных макроскопических, гистологических исследований, влияния внешних факторов (низкая температура, водная среда) и результатов судебно-химических исследований служит основой для экспертного вывода об отравлении алкоголем. В качестве таких данных при наружном осмотре отмечаются сине-багровая окраска трупных пятен, одутловатость и покраснение кожи лица, отек век, выпячивание глазных яблок, резкая инъекция сосудов конъюнктивы. При внутреннем исследовании — полнокровие и отек сосудистых сплетений желудочков головного мозга, вещества большого мозга, точечные кровоизлияния в слизистых оболочках и внутренних органах, гиперемия слизистых оболочек; неравномерное кровенаполнение миокарда (сердечная мышца), отек ложа желчного пузыря, легких, переполнение кровью всей системы верхней полой вены. Мочевой пузырь, как правило, растянут и переполнен мочой.

При микроскопическом исследовании обнаруживают отдельные неспецифичные морфологические изменения внутренних органов — нарушение проницаемости стенки сосудов всех калибров, вокруг сосудов могут встречаться небольшие кровоизлияния. Общим фоном является венозное полнокровие внутренних органов, особенно головного мозга, почек, печени, селезенки и легких. В легких на фоне полнокровия могут наблюдаться кровоизлияния, эмфизематозное вздутие альвеол, вплоть до разрыва их стенок. При хронической алкогольной интоксикации, на фоне которой нередко происходит отравление, может наблюдаться ложная гипертрофия сердца (в отличие от истинной в миокарде много жировых клеток). Расстройство кровообращения ведет к гипоксии миокарда. При подозрении на отравление этиловым спиртом следует направлять кровь и мочу на судебно-химическое исследование, направление других объектов определяется особенностями конкретной экспертизы. При оценке результатов судебно-химического анализа необходимо учитывать возможность образования алкоголя в трупе под влиянием алкогольдегидрогеназы.

### **Контрольные вопросы.**

1. 1. Какие вопросы ставятся перед экспертами при проведении судебно-наркологической экспертизы?
2. 2. Какова методика и порядок проведения судебно-наркологической экспертизы?
3. 3. Какие виды судебно-наркологической экспертизы вы знаете?
4. 4. Какие лабораторные методы используют для выявления алкоголизма?
5. 5. Какие лабораторные методы используют для выявления опиатов?
6. 6. Какие лабораторные методы используют для выявления гашиша?
7. 7. Какие лабораторные методы используют для выявления ингалянтов?
8. 8. Каковы особенности проведения судебно-наркологической экспертизы трупа?



## РАЗДЕЛ ВТОРОЙ ЧАСТНАЯ НАРКОЛОГИЯ

### ГЛАВА 6 АЛКОГОЛИЗМ

#### *Причины алкоголизма*

Алкоголизм имеет социальный и медицинский аспекты. В социальном смысле под алкоголизмом понимают неумеренное употребление спиртных напитков, оказывающих неблагоприятное влияние на здоровье, быт и труд людей, криминальную обстановку и благосостояние общества. В медицинском смысле алкоголизм есть хроническое заболевание, возникающее в результате постоянного неумеренного употребления алкоголя с развивающимся пристрастием к спиртным напиткам, сопровождающимся определенными психическими нарушениями и изменениями внутренних органов и систем организма. Психические расстройства проявляются в виде патологического влечения к алкоголю, зависимости от алкоголя, в появлении абстинентного (похмельного) синдрома, изменении картины опьянения и толерантности к алкоголю, т.е. переносимости организмом этанола и его производных, а также в развитии типичных изменений личности. При алкоголизме важное значение имеют развивающиеся заболевания сердца и сосудов, нервов, всех внутренних органов, включая головной мозг. Алкоголизм иногда называют алкогольной болезнью.

Алкоголизм - одна из наиболее древних болезней человечества, поскольку «питие вина» является древнейшим атрибутом жизни человека. Однако если периодическое употребление вина отнюдь не пагубно и не вызывает болезненного состояния, то алкоголизм — это болезнь, возникающая в результате злоупотребления спиртными напитками.

Еще в 1901 г. крупнейший психиатр С.С. Корсаков предложил разделять неумеренное потребление этанола на «пьянство» и «алкоголизм». При пьянстве есть влечение к алкоголю, но нет зависимости от него, а при алкоголизме развивается жизненная зависимость от алкоголя. Лишение больного алкоголизмом этанола приводит к развитию тяжелых органических и психических нарушений, которые могут закончиться смертью. При пьянстве еще нет тех грубых психических расстройств, которые появляются при алкоголизме. В связи с этим больные алкоголизмом становятся пациентами наркологов, а «бытовое пьянство» по существу ушло из области медицины, и к пьяницам применяются административно-правовые и воспитательные меры.

Алкоголизм — это большая социально-медицинская проблема для всего мира. Его распространенность в некоторых странах Европы достигает 10% взрослого населения. При этом повсеместно отмечается довольно значительный рост алкоголизма, особенно среди женщин. Мировая статистика показывает, что по сравнению с 1939 г., последним предвоенным годом, заболеваемость алкоголизмом выросла в 2,5—3 раза и продолжает расти.

В Республике Узбекистан существует система наркологической службы и на учете в наркологических диспансерах на 2001 год состоит 6-7 млн больных алкоголизмом. Если учесть, что на каждого состоящего на учете больного приходится еще 3—4 человека, не получающих медицинской помощи и, следовательно, не учтенных статистикой, общее число больных алкоголизмом достигало 28—30 млн. В связи с изменениями экономического и социального уклада жизни заболеваемость алкоголизмом продолжает расти, хотя сейчас точного учета страдающих алкоголизмом нет. О росте заболеваемости можно судить по потреблению спиртных напитков на душу населения. В конце XX столетия в странах СНГ потребление спиртных напитков составляло 14 л на душу населения. В большинстве европейских стран употребляют крепкие напитки, а также и то обстоятельство, что статистика не учитывает потребление самодельных спиртных напитков и суррогатов. В последние годы появились сообщения о том, что под влиянием алкоголя изменяется генетический код населения, резко возрастает частота врожденных пороков внутренних органов, психической неполноценности. Большинство уголовных преступлений совершается в состоянии алкогольного опьянения. Полагают, что потребление спиртных напитков создает угрозу вырождения ее населения.

Влияние алкоголя на организм зависит в основном от способности печени переработать весь поступающий этанол в уксусную кислоту и воду. В свою очередь эти возможности печени связаны с действием ферментов алкогольдегидрогеназы и ацетальдегиддегидрогеназы, активность которых определена генетически и передается по наследству. Эти ферменты, как и ряд других, но имеющих меньшее значение, обуславливают так называемый *базальный метаболизм печени*, от которого в основном и зависит способность человека употреблять спиртные напитки. Люди с высоким базальным метаболизмом печени, т.е. с очень активными ферментами, могут потреблять много алкоголя без особых последствий для здоровья. У таких людей не возникает привыкание, т.е. зависимость от алкоголя. Наоборот, люди с низким базальным метаболизмом печени испытывают тяжелое похмелье, у них относительно быстро появляются психические нарушения, заболевания внутренних органов и, наконец, развивается алкоголизм. Базальным метаболизмом печени объясняется тот факт, что только 10% злоупотребляющих алкоголем заболевают алкоголизмом, а 90% остаются пьяницами. Однако тяжелые психические нарушения, требующие медицинского вмешательства, развиваются именно при алкоголизме.

### ***Простое алкогольное опьянение***

Понятие «простое алкогольное опьянение» применяют в судебно-психиатрической практике. Им пользуются в основном судебные психиатры для отграничения его от временных расстройств психической деятельности, нередко возникающих на фоне опьянения. Динамика простого алкогольного опьянения такова: *в начальном периоде* на короткое время повышается восприимчивость к внешним впечатлениям при склонности к поверхностным

ассоциациям по сходству и смежности. С ослаблением тормозящего влияния высших отделов центральной нервной системы облегчаются двигательные импульсы, усиливается жестикация, растормаживаются влечения. Настроение у опьяневших часто меняется, усилившаяся аффективность легко приводит к конфликтам, агрессии. Снижаются способность к осмысливанию окружающего и критика. Повышенное настроение, беспечность, благодушие нередко под влиянием безобидных замечаний окружающих сменяются вспыльчивостью, раздражительностью, злобностью.

Для *средней степени* алкогольного опьянения характерно снижение яркости представлений, отчетливости восприятия окружающего, стройности и цельности мыслительного процесса. Ассоциативная деятельность замедляется, становится поверхностной и беспорядочной. Речь опьяневшего определяется случайными мотивами, становится монотонной, меняется ее ритм, замедляется темп, появляются персеверации. Вследствие снижения сознательного, критического отношения к поведению окружающих и собственной личности опьяневшие нередко совершают неадекватные действия. Возникшие желания, мысли могут легко реализоваться в импульсивные агрессивные акты в отношении окружающих. В результате действия алкоголя на организм заостряются или обнажаются индивидуальные характерологические особенности. В этой стадии опьянения легко всплывают давние психотравмирующие переживания, обиды. Они сравнительно легко приводят к скандалам и дракам.

При *тяжелой степени* происходит усиление опьянения до оглушенности, координация движений нарушается, походка становится неуверенной, спотыкающейся, неуклюжей, выражение лица — застывшим, взгляд — блуждающим, безразличным. Резко ухудшается ориентировка в месте и времени. Появляются вестибулярные расстройства - головокружение, тошнота, рвота. Иногда возникает иллюзорное толкование окружающей действительности, нарушается оценка величины предметов, расстояния между ними. Ослабляется сердечная деятельность, снижаются артериальное давление, температура, нарастает физическая слабость, утрачивается интерес к окружающему. Опьяневший выглядит сонливым и вскоре засыпает наркотическим сном, порой в самых неподходящих местах. В ряде случаев во время сна бывают произвольное мочеиспускание и дефекация, судороги.

После глубокого сна, которым обычно заканчивается тяжелое опьянение, реальные события во время опьянения у большинства людей, как правило, сохраняются в памяти. Иногда воспоминания бывают отрывочными, возможно и полное запечатывание.

В практике экспертизы встречаются *атипичные состояния* простого опьянения с истерическими явлениями (фантазирование, вымыслы, самооговоры), элементами самопопустительства, преувеличения, озорства, сознательной распушенности, развязности. Незначительные ссоры, обидное слово, неудачная реплика, невыполненное желание оказываются достаточным поводом для опасных агрессивных действий опьяневшего, которые тут же

реализуются. Способность отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими сохраняется, иногда лишь ослабляясь.

Эксперт-психиатр должен помнить, что при диагностике состояний опьянения необходимо исходить из всей клинической картины опьянения. Обстоятельства, не связанные с клинической структурой и психотическими проявлениями, могут лишь косвенным образом подтвердить диагноз этого состояния или причины его возникновения.

### ***Измененные формы опьянения***

Состояние опьянения, не достигшее тяжелой степени (сопора), может протекать со значительными отклонениями от картины, характеризующей типичную форму алкогольного опьянения. В таких случаях происходит либо чрезмерно резкое, по сравнению с типичной картиной, усиление какой-нибудь одной группы симптомов, либо меняется последовательность их появления, либо возникают разнообразные нарушения, вообще не характерные для типичных случаев. Картины измененного опьянения встречаются во второй стадии алкоголизма. При наличии патологических нарушений (психопатии, стертые формы психических болезней, остаточные явления органических поражений центральной нервной системы) измененные картины опьянения могут появляться как при первой стадии алкоголизма, так и при случайном однократном употреблении алкоголя. Измененные формы опьянения могут протекать различно.

**Опьянение с эксплозивностью.** После непродолжительного периода эйфории, по ничтожному поводу внезапно возникают состояния раздражения, недовольства и даже гнева с соответствующим изменением поведения и высказываний. Такие состояния непродолжительны и сменяются относительным успокоением и даже благодушием, но в период опьянения могут неоднократно повторяться.

**Опьянение с истерическими чертами.** Характеризуется наигранным аффектом со склонностью к громким фразам, декламациям, содержание которых может сводиться к несправедливо полученным обидам, с резкими переходами от одной крайности в другую, например, самовосхваление сменяется самообвинением. Больные стремятся показать себя не просто пьяницами, а ведут себя как «дурачки». Часто наблюдаются примитивные моторные реакции: метание с заламыванием рук, вплоть до двигательной бури, истерического припадка. Они наносят себе легкие повреждения, имитируют суицидные попытки. Таким образом, опьянение с истерическими чертами проявляется в первую очередь двигательными расстройствами. Такое состояние может продолжаться в течение длительного времени опьянения.

**Эпилептоидное опьянение.** В картине преобладает мало меняющаяся на протяжении опьянения аффективно-поведенческая симптоматика: придирчивость, раздражение, недовольство, угрюмая напряженность, доходящая до выраженной злобы. В более легких случаях больные ведут однообразные по содержанию разговоры, неприятные для окружающих,

изменить направленность которых очень сложно. В тяжелых случаях у больных возникают агрессивные действия, направленные в первую очередь против близких. Отмечается сохранность моторики, часто наблюдается неусидчивость. Они долго не могут заснуть. Сон наступает от дополнительного приема алкоголя.

**Опьянение с преобладанием депрессивного аффекта.** Эйфория начального периода опьянения непродолжительна, а в ряде случаев даже отсутствует. Преобладает подавленное настроение разных оттенков - с угрюмостью, тревогой, чувством безысходности, нередко с ощущением острой тоски. В таком состоянии велика опасность суицида. Признаки идеомоторного торможения, если они имеются, непродолжительны и легко исчезают.

### *Патологическое опьянение*

Патологическое опьянение – острое транзиторное психотическое расстройство в форме сумеречного помрачения сознания различной структуры. В генезе патологического опьянения определенное значение придается наличию болезненной почвы, в частности эпилепсии, психопатии, хронического алкоголизма. При патологическом опьянении внезапно наступает резкое изменение сознания, подобно сумеречному, качественно отличающееся от «затуманенного» сознания или оглушенности при обычном опьянении. Находящийся в патологическом опьянении болезненно воспринимает окружающую действительность, внешняя обстановка становится для него угрожающей.

Это сопровождается растерянностью, тревогой, страхом, достигающим иногда безотчетного ужаса. В состоянии патологического опьянения возможны оживление прошлых опасных ситуаций, патологическое воспроизведение ряда событий из ранее прочитанных книг и перенесение этого в воображаемую действительность. В этих случаях обычно сохраняется способность осуществлять довольно сложные целенаправленные действия, пользоваться транспортом, правильно находить дорогу. Однако чаще всего субъект, находящийся в состоянии измененного сознания, патологически дезориентирован, не способен к речевому общению с окружающими, всегда действует один, никакие совместные действия в этих случаях невозможны. Речевая продукция при патологическом опьянении чрезвычайно скудна, а если она есть, то всегда отражает тематику болезненных расстройств. В этом состоянии человек обычно не реагирует ни на какие реальные раздражители, не отвечает на вопросы, его внимание не удается привлечь. При патологическом опьянении нередко сохраняется способность к некоторому синтезу психических явлений. Особенности внешности, необычная, странная манера себя держать в этом состоянии также могут свидетельствовать о галлюцинаторно-бредовых расстройствах.

Совершаемые в патологическом опьянении поступки не являются следствием реальных мотивов и действительных обстоятельств и вместе с тем редко представляют собой хаотические беспорядочные действия. В основе таких поступков всегда лежат болезненные импульсы, побуждения, представле-

ния. Насильственные действия имеют особый, защитный для субъекта характер, они обычно направлены на устранение воображаемой опасности. Заканчивается патологическое опьянение обычно так же внезапно, как и начинается. Иногда оно переходит в сон, после которого наступает полная амнезия или остается смутное воспоминание о пережитом. Клинически наиболее оправдано выделять две формы патологического опьянения: параноидную, или галлюцинаторно-параноидную, и эпилептоидную. Эпилептоидную форму патологического опьянения подразделяют на два варианта: ажитированно-моторную с глубоким расстройством сознания, резким психомоторным возбуждением, беспорядочной агрессией; сумеречно-автоматическую с сумеречным расстройством сознания, автоматическими действиями, напоминающими действия при эпилептическом сумеречном состоянии.

Типичная картина **параноидной, или галлюцинаторно-параноидной**, формы патологического опьянения сводится к сумеречному помрачению сознания с внезапным, без предвестников, возникновением бреда, утратой контакта с реальной действительностью, психомоторным возбуждением, аффектами страха, гнева, бессмысленными стереотипными и импульсивными двигательными разрядами. Возникшие галлюцинаторно-бредовые расстройства бывают устрашающими. Агрессивные действия при патологическом опьянении отличаются большой разрушительной силой, внезапностью, жестокостью.

Находясь во власти устрашающих болезненных представлений, субъект может совершать ряд сложных и упорядоченных действий, вступать в контакт с окружающими, задавать вопросы, предупреждать об опасности. Однако речь такого лица обычно бывает отрывочной, в виде отдельных слов, фраз, всегда лаконичных, имеет форму приказаний, угроз и всем своим содержанием отражает болезненно искаженное восприятие действительности.

*Обследуемый К., 35 лет, слесарь, обвиняется в убийстве гр. П.*

*В детстве развивался соответственно возрасту. В возрасте 20 лет перенес сотрясение головного мозга. Спиртные напитки начал употреблять с 18 лет, выпивал 1 раз в неделю. В состоянии опьянения становился развязным, общительным.*

*Сообщил, что в 16 ч выпил 2 бутылки вина, через 2 ч в доме отца выпил еще 100 г водки и пиво, после чего вернулся домой. Что было дальше не помнит. Стал осознавать себя в милиции.*

*Из материалов уголовного дела известно, что К. после принятия водки и пива в доме родителей заснул. Через 20—25 мин он внезапно проснулся, стал озираться и закричал: «Убивают, спасите, на меня напали хулиганы с собаками». Раздетый выбежал из дома, без конца выкрикивая: «Преследуют...бьют ... никто не помогает... спрячьте меня». Подбежав к киоску с газетами, приказал продавцу, чтобы он купил билет. На отказ продавца ударил его большим булыжником, разбил стекла и выбросил газеты на улицу. Две женщины-очевидцы позвонили о происшествии в милицию.*

*Прибывшие сотрудники милиции увидели на тротуаре у дерева труп киоскера. К., положив голову на живот трупа, спал. Через 1 час он внезапно*

проснулся и на заданный вопрос, где он находится, стал оглядываться и ответил: «Дома, на кровати». При этом озирался, удивленно смотрел на окружающих.

Судебно-психиатрическая экспертная комиссия городской психиатрической больницы при обследовании соматических и неврологических отклонений от нормы не выявила. Доступен контакту, правильно ориентирован. Отрывочно вспоминает, что «проснулся» на земле, увидел сотрудников милиции и заявил, что на него напали. О деталях происшедшего узнал в отделении милиции.

В момент правонарушения у К. неожиданно возникло двигательное возбуждение, речевая продукция свидетельствовала об искаженном восприятии окружающего с внешне целенаправленными действиями, терминальным сном на месте преступления и последующей полной амнезией содеянного. Стереотипность высказываний, обращение за помощью к окружающим свидетельствуют о том, что К. переживал в то время опасную для жизни ситуацию. Переживаемая болезненная ситуация вызвала у него аффект страха, гнева, интенсивное двигательное возбуждение. Речевая продукция К. была следствием галлюцинаторно-бредовых расстройств. Комиссия оценила данные высказывания как бредовые и в совокупности с другими клиническими данными сделала заключение о сумеречном расстройстве сознания. Особенности и обстоятельства правонарушения подтверждают состояние патологического опьянения.

В сочетании с другими симптомами амнезия у К. не вызывает сомнений к истинности. Совокупность всех клинических симптомов позволяет расценить психическое состояние обследуемого в момент правонарушения как сумеречное расстройство сознания.

Заключение: К. совершил правонарушение в состоянии временного болезненного расстройства психической деятельности в форме патологического опьянения (параноидная форма). В момент совершения преступления рекомендован считаться невменяемым.

Клиническая картина патологического опьянения **эпилептоидной формы** сводится к сумеречному помрачению сознания с внезапным резким двигательным возбуждением, нарушением ориентировки и контакта с реальной действительностью, подозрительностью, злобностью, настороженностью, аффектами страха, гнева. Двигательное возбуждение в таких состояниях обычно проявляется в чрезвычайно интенсивных, бессмысленных, хаотических агрессивных разрядах, которые совершаются с невероятной жестокостью, злобностью, нередко достигают степени автоматизмов и стереотипных действий.

Двигательное возбуждение, агрессивные действия определяются аффектами страха, гнева, они оторваны от действительности, их интенсивность не зависит от каких-либо моментов реальной обстановки. Находящийся в сумеречном состоянии обычно не убегает, а со злобой и яростью нападает на мнимых врагов. Во время агрессивных действий, как правило, отсутствует речевая продукция, редко бывает невнятное бормотание, иногда—крик.

Двигательное возбуждение, агрессивные действия при этой форме патологического опьянения чаще всего внезапно обрываются, переходя в состояние физической расслабленности, малоподвижности с последующим сном и полной амнезией содеянного.

*Обследуемый А., 37 лет, обвиняется в убийстве гр. Я.*

*В детстве рос и развивался соответственно возрасту. Имеет неполное среднее образование. Работает сторожем. Спиртные напитки начал употреблять с 23 лет. В состоянии опьянения всегда был раздражительным, беспокойным, скандальным. Со слов обследуемого, в 17 ч выпил 300 г портвейна и пошел на работу. Через час выпил еще 300 г портвейна. О дальнейших событиях не помнит. Пришел в себя машине с милиционерами.*

*Из материалов уголовного дела: через 3 ч после потребления 500 г портвейна обследуемый неожиданно схватил ружье, начал стрелять на охраняемой территории. Выражение лица у него было злобное. А. Забежал внутрь здания и открыл бесцельную стрельбу, не обращая внимания на крики окружающих. Во время стрельбы убил Я. Все это время А. кричал: «Где... убью...». После удара по голове А. упал, сопротивление не оказывал, невнятно говорил.*

*При обследовании в городской психиатрической больнице в соматическом и неврологическом статусе без патологии. А. контакту доступен, обеспокоен исходом судебного процесса. Психотических расстройств не выявлено. О произошедшем не помнит. К происходящему критичен. Отсутствие речевой продукции, узкий круг болезненных переживаний. защитно-оборонительный характер агрессивных действий обследуемого свидетельствует о патологическом опьянении. Из-за травмы головы двигательное возбуждение у А. не закончилось сном. Однако данное обстоятельство не может говорить против патологического опьянения. Амнезия в совокупности с другими симптомами подтверждает сумеречное расстройство сознания у А. в момент правонарушения.*

*Заключение: А. совершил правонарушение в состоянии временного болезненного расстройства психической деятельности в форме патологического опьянения (параноидная форма). В момент совершения преступления рекомендован считаться невменяемым.*

В диагностике патологического опьянения важнее установить то, что сохранилось в памяти обследуемого, какие болезненные переживания он помнит. В таких случаях воспоминаниям следует доверять в той степени, в какой они согласуются с объективными данными.

Существенное значение для диагностики патологического опьянения имеет поведение обследуемого после правонарушения. Лица, находящиеся в простом алкогольном опьянении, при задержании обычно сопротивляются, вступают в конфликт с работниками милиции, продолжают дебоширить. Подобного никогда не бывает у перенесшего патологическое опьянение. При задержании такие лица равнодушны к случившемуся, их спокойствие не соответствует обстановке. Иногда они напряженно, испуганно озираются по

сторонам, стараются вспомнить что-то, вздрагивают при обращении к ним. Отмечаются общая физическая слабость, резкое утомление.

### *Хронический алкоголизм*

*Хронический алкоголизм* — прогрессивное заболевание, определяющееся патологическим влечением к спиртным напиткам (психическая и физическая зависимость), развитием абстинентного синдрома при прекращении употребления алкоголя, а в далеко зашедших случаях — стойкими соматоневрологическими расстройствами и психической деградацией. Данное заболевание всегда сопровождается многообразными социальными последствиями, неблагоприятными как для самого больного, так и для общества.

Алкоголизм является не только медицинской, но прежде всего социальной проблемой. Алкоголизм формируется постепенно, вырастая из эпизодического употребления алкоголя. В отличие от медицинских последствий алкоголизма, возникающих в большинстве случаев вслед за достаточно продолжительным злоупотреблением спиртными напитками, многие социальные последствия могут формироваться уже на его ранних этапах. Это связано прежде всего с психотропным действием алкоголя и вызываемым им опьянением.

Социальные последствия алкоголизма весьма разнообразны. К ним, в частности, относится возрастающая частота дорожно-транспортных происшествий. Эта проблема становится все острее в связи с тем, что с каждым годом в экономически развитых странах увеличивается не только насыщенность транспортными средствами, но и число непрофессиональных водителей.

Алкоголизм тесно связан с правонарушениями. Так, при обследовании заключенных установлено, что 40% рецидивистов-правонарушителей судились в прошлом за преступление в пьяном виде более 6 раз. В основу современных классификаций алкоголизма положен клинико-динамический принцип. В нашей республике принята классификация, выделяющая 3 стадии заболевания.

Перечень клинических проявлений алкоголизма, имеющих в момент обследования, зависит в первую очередь от этапа заболевания. Одни симптомы отсутствуют в I стадии алкоголизма и появляются лишь во II или даже III стадии, другие «сквозные» присутствуют во всех стадиях, но их проявление заметно зависит от тяжести алкоголизма, что позволяет выделять их клинические варианты.

Однако индивидуальные особенности больного также накладывают отпечаток на клиническую картину алкоголизма. У больных с одной и той же стадией алкоголизма клиническая картина заболевания не будет однотипной. Эти вариации определяются различиями прогрессивности алкоголизма, формой злоупотребления алкоголем и другими важнейшими характеристиками алкоголизма, зависящими в свою очередь от возраста, в котором сформировался алкоголизм, преморбидных личных особенностей,

сопутствующих соматических заболеваний, вида употребляемых спиртных напитков и других факторов.

**Первая стадия.** В I стадии (начальной или неврастенической) заболевания наблюдаются следующие важнейшие симптомы алкоголизма: первичное патологическое влечение к алкоголю, снижение количественного контроля, рост толерантности к алкоголю и алкогольные амнезии. С диагностической точки зрения более значимым критерием является первичное влечение и менее значимыми—утрата количественного контроля, повышение толерантности к алкоголю, алкогольные амнезии.

В результате различной выраженности этих 3 симптомов клиническая картина может заметно варьировать. Первая стадия алкоголизма в половине случаев формируется до 25 лет, большинство остальных наблюдений касается лиц 25—35 лет, и лишь у незначительного числа больных формирование заболевания приходится на более поздний возраст. Продолжительность I стадии чаще от 1 года до 6 лет.

Первичное патологическое влечение к алкоголю в I стадии алкоголизма проявляется в наиболее легкой, ситуационно обусловленной форме. В этих случаях «тяга» к спиртным напиткам возникает лишь в ситуациях, по традиции связанных с возможностью выпить: различные семейные события; ситуации, имеющие отношение к профессиональной деятельности; жизненные эпизоды индивидуального значения. Внешние проявления влечения—инициатива в подготовке к выпивке, оживленное обсуждение предстоящего события, действия, предусматривающие устранение возможного препятствия. Возникают положительные эмоции, связанные с воспоминаниями о предшествовавших выпивках. Больные испытывают подъем настроения, выглядят оживленными, легко отвлекаются от обстоятельств, не имеющих отношения к организации застолья. Появление препятствий, мешающих реализации влечения, приводит к раздражению и неудовлетворенности.

Снижение количественного контроля проявляется тем, что вслед за потреблением малых количеств спиртных напитков и легким опьянением возникает желание продолжить выпивку. Это влечет за собой среднетяжелое и даже тяжелое опьянение. Внешним проявлением патологического влечения могут служить такие признаки, как «торопливость с очередным тостом», «опережение круга», стремление обязательно выпить весь приобретенный алкоголь, неразборчивое отношение к виду спиртных напитков и т. п. Вместе с тем в I стадии заболевания еще сохраняется способность ограничиться легким опьянением, особенно при отрицательном отношении присутствующих к неумеренному употреблению алкоголя или если на следующий день предстоит какое-либо ответственное дело.

Нарастающая толерантность к алкоголю проявляется в том, что первоначально употребляемое количество алкоголя уже не вызывает прежнего опьянения. Для его достижения количество алкоголя постепенно увеличивается в несколько раз (в среднем в 2—3 раза) по сравнению с ранее используемым. Нарастающая толерантность часто сопровождается исчезновением защитного рвотного рефлекса, который существовал до этого времени, несмотря на

употребление значительных количеств алкоголя и появление средних и тяжелых степеней опьянения. Возможна смена алкогольного напитка—переход от любимых напитков с низким содержанием алкоголя к любым, без разбора, крепким спиртным напиткам. Наркотические амнезии, возможные в I стадии, представляют собой запомывание событий, происходивших в финале предшествующего алкогольного эксцесса. Амнезии возникают эпизодически, только при употреблении максимально переносимых количеств алкоголя, вызывающих тяжелое опьянение.

**Вторая стадия.** Наблюдавшиеся в I стадии алкоголизма симптомы: первичное патологическое влечение к алкоголю, снижение количественного контроля, нарастающая толерантность к алкоголю, амнезии опьянения—утяжеляются во II стадии (средней или наркоманической) и проявляются в виде иных клинических вариантов, отражающих более отдаленный этап заболевания. Появляются и новые виды расстройств. Из них в первую очередь необходимо отметить абстинентный синдром, признанный большинством авторов главным критерием формирования II стадии. Кроме того, развиваются измененные картины опьянения, запои или постоянная форма злоупотребления алкоголем, заостряются преморбидные личностные особенности.

Во II стадии возможны большие различия в клинической картине заболевания. В первые годы после развития II стадии наблюдаются более легкие варианты описанных основных симптомов, при переходе в III стадию—более тяжелые. Поскольку в пределах одной и той же II стадии может наблюдаться весьма различная клиническая динамика отдельных симптомов, иногда специально для квалификации тяжести заболевания выделяют I и I—II, II и II—III стадии алкоголизма.

Данные о возрасте, в котором формируется II стадия, и ее продолжительности скудны. Формирование II стадии в большинстве случаев приходится на 25—35 лет. Длительность II стадии приблизительно в 60% случаев менее 10 лет; у другой части больных она составляет от 10 до 15 лет.

Первичное патологическое влечение к алкоголю во II стадии алкоголизма проявляется более интенсивно, чем в I, возникает не только в связи с событиями, которые по традиции отмечаются выпивкой, но и спонтанно. Больные скорее сами находят мотивировки для алкогольных эксцессов, чем подстраиваются под соответствующие ситуации. Можно выделить два варианта первичного патологического влечения к алкоголю во II стадии: при первом варианте влечение возникает с борьбой мотивов (пить или не пить), при втором такой борьбы нет.

При первом варианте влечение к спиртным напиткам ощущается или осознается со всей определенностью. Особенно это выражено тогда, когда желание выпить противоречит социально-этическим моментам и его реализация может иметь те или иные отрицательные последствия. В этих случаях мысли о выпивке начинают занимать главенствующее положение, мешают выполнению повседневных обязанностей. Отчетливо создается необычность состояния. Нередко больные, борясь со своим влечением к алкоголю, принимают самые различные меры для предотвращения выпивки:

стараятся не попадаться на глаза собутыльникам, обходят стороной магазины, в которых обычно покупают спиртные напитки, и совершают другие аналогичные поступки.

При втором варианте возникновение патологического влечения к алкоголю не осознается. Реализацию влечения больные оправдывают различными приводящими моментами, создающими повод для употребления алкоголя: невозможностью «подвести» собутыльников, огорчениями дома или на работе. Несмотря на проявляемую больными инициативу и большую настойчивость в реализации влечения, социально-этические моменты все же способны в отдельных случаях предотвратить алкогольный эксцесс.

Утрата количественного контроля характеризуется тем, что прием определенного количества алкоголя, индивидуального в каждом конкретном случае, вызывает неодолимое влечение продолжить выпивку. Такая доза называется «критической». Достижение среднетяжелого и тяжелого опьянения в этих случаях является правилом. Имевшие значение прежде этические и социальные моменты уже не могут служить особым препятствием. Ими или пренебрегают, или стремятся их обойти—продолжают пить в иных условиях, например в новых компаниях или в одиночку, в том числе тайно.

Толерантность при формировании II стадии продолжает расти описанным выше образом, при развернутой II стадии достигает максимума и на протяжении ряда лет остается постоянной. Для достижения опьянения больные употребляют наибольшие количества преимущественно одних и тех же спиртных напитков, обычно крепких. Наибольшие количества употребляются как одномоментно, так и на протяжении всего дня.

Опьянение во II стадии алкоголизма включает в себя в отличие от I стадии не только измененную толерантность и амнезии, но и измененные картины опьянения. Изменение картины опьянения проявляется в сокращении периода эйфории в опьянении и появлении психопатоподобных расстройств, из которых наиболее характерны эксплозивность и истерические формы поведения.

При опьянении с эксплозивностью после непродолжительного периода эйфории по ничтожному поводу возникают раздражение, недовольство и даже гнев с соответствующим изменением поведения и высказываний. Такие состояния чаще непродолжительны, быстро сменяются относительным успокоением, значительно реже возбудимость сочетается с аффективной вязкостью. При преобладании истерической симптоматики отмечаются наигранный аффект, склонность к громким фразам и декламации, содержание которых может сводиться к несправедливым обидам, с резким переходом от одной крайности к другой (самовосхваление сменяется самообвинением и т. п.).

Алкогольные амнезии становятся систематическими и принимают вид так называемых палимпсестов: запоминание касается отдельных эпизодов значительной части периода опьянения. Абстинентный синдром во II стадии становится новым видом клинических проявлений алкоголизма. По мере прогрессирования заболевания во II стадии абстинентный синдром может утяжеляться. Если сначала он исчерпывается вегетативными расстройствами,

то далее в его структуре возникают соматические и, психопатологические симптомы. Преобладание тех или иных из них создает «параллельные» клинические варианты.

Абстинентный синдром с вегетативно-астеническими (инициальными) расстройствами возникает не во всех случаях, а лишь после наиболее тяжелых однократных алкогольных эксцессов или после нескольких дней непрерывного пьянства. Обнаруживаются потливость, тахикардия, сухость во рту, снижение аппетита. Может быть нерезкая, астения. Сопутствующее хроническое соматическое заболевание обычно усиливает симптомы абстиненции. Опохмеляются часто во второй половине дня и к вечеру. Желание опохмелиться вообще может быть преодолено, прежде всего в связи с привходящими обстоятельствами социально-этического характера. Продолжительность расстройств не превышает суток.

Абстинентные состояния с вегетативно-соматическими и неврологическими расстройствами возникают, как правило, после многодневного злоупотребления алкоголем. Вегетативные симптомы: гиперемия, одутловатость лица, инъекция склер, тахикардия с возможной экстрасистолией, неприятные и болевые ощущения в области сердца, перепады артериального давления, чаще в сторону гипертензии, тяжесть в голове и головная боль, потливость, зябкость сочетаются с выраженными диспепсическими расстройствами: анорексией, тошнотой, поносами и запорами, тяжестью или болью в подложечной области. Из неврологических симптомов типичен крупноразмахистый тремор пальцев рук, конечностей вплоть до генерализованного тремора, сходного с дрожью при ознобе. Бывает неточность движений с нарушениями походки, повышение и неравномерность сухожильных рефлексов. Больные постоянно жалуются на расстройства сна, слабость и разбитость. В период абстиненции обостряются желудочно-кишечные, сердечно-сосудистые и иные заболевания безотносительно к тому, вызваны ли они самим алкоголизмом или другой причиной. Могут наблюдаться все перечисленные симптомы абстиненции или преобладает лишь какая-нибудь одна их группа. Опохмеляются больные и во второй половине дня, и в утренние часы. Социально-этические нормы не могут препятствовать опохмелению. Продолжительность большинства расстройств достигает 2—5 сут.

Абстинентный синдром с психическими расстройствами характеризуется в первую очередь тревожно-параноидной установкой —пониженно-тревожным аффектом с пугливостью, чувством напряжения, неопределенными и конкретными опасениями, например, за свое здоровье, непоседливостью, самоупреками, сенситивными идеями отношения (окружающие замечают последствия пьянства, осуждающе или насмешливо смотрят). В других случаях на первый план выступает подавленное настроение с чувством тоски, безысходности, болевыми ощущениями в груди—предсердечная тоска. Могут возникать суточные колебания аффекта с ухудшениями состояния в первую половину дня. Суицидальные мысли являются правилом. Подавленное настроение может сопровождаться не только идеями виновности, но и раздражением с неприязнью к окружающим, Выраженная угнетенность

встречается чаще там, где перед запоем наблюдалось снижение настроения. Расстройства сна сопровождаются кошмарными сновидениями, чувством проваливания, ощущениями быстрого движения, акустическими феноменами, частыми пробуждениями в страхе. Вегетативно-соматические расстройства отступают на второй план. Опохмеляются больные постоянно, в самое различное время суток. Продолжительность расстройств 2—5 сут.

Форма злоупотребления алкоголем может быть разной: у части больных отмечается определенная тенденция либо к периодическому, либо к постоянному пьянству. В первом случае после формирования алкоголизма частые однократные выпивки сменяются псевдозапойми, которые при приближении III стадии переходят в истинные запои. Во втором случае после формирования II стадии в течение всего заболевания форма злоупотребления алкоголем постоянная, переход в III стадию определяется по другим критериям, в первую очередь по снижению толерантности. Возможно и изменение формы злоупотребления алкоголем.

**Псевдозапойная форма** — периоды ежедневного пьянства, продолжительность которых у одного и того же больного колеблется от нескольких дней до нескольких недель. Интервалы между алкогольными эксцессами различаются еще больше. Начало эксцесса связано обычно с внешними причинами (дни зарплаты, индивидуально значимые события, предвыходные дни—«алкоголизм конца недели»). Окончание эксцесса также связано с внешними моментами —отсутствием средств для приобретения спиртных напитков, внутрисемейными и иными конфликтами, хотя возможность продолжить пьянство и потребность в алкоголе сохраняются.

**Постоянная форма** злоупотребления алкоголем во II стадии алкоголизма сочетается с высокой толерантностью к спиртным напиткам. Алкоголь в больших количествах употребляется ежедневно на протяжении значительных отрезков времени—от нескольких недель до нескольких месяцев и лет. Наибольшее количество алкоголя приходится на вторую половину дня или вечер. Перерывы непродолжительны.

При **перемежающейся форме** (сочетание постоянного злоупотребления с псевдозапойми) на фоне постоянного многонедельного или многомесячного пьянства периодически на протяжении нескольких дней больной потребляет максимальные для себя количества спиртного.

**Изменения личности** начинают проявляться именно во II стадии алкоголизма в виде заострения преморбидных личностных особенностей. Однако среди личностных особенностей возможно появление отдельных черт, связанных уже непосредственно с алкоголизмом. К ним могут относиться усиление эмоциональных проявлений, их лабильность, огрубение и появление возбудимости, недостаточно критическое отношение к своему пьянству при сохранности общей критики; отдельные морально-этические дефекты. Эти особенности, однако, не достигают степени алкогольной деградации и обратимы при наступлении ремиссий.

Социальные последствия алкоголизма варьируют от малозаметных до глубоких, с выраженной дезадаптацией. Нарушения семейных отношений

зависят от клинических особенностей алкоголизма и требований к больному со стороны членов семьи. Одинаково часто наблюдаются как случаи сохранения семейных отношений, несмотря на постоянные ссоры, так и случаи расторжения брака. Тяжесть производственной дезадаптации колеблется от снижения качества работы, задержки в продвижении по службе, мелких административно-общественных взысканий до вынужденной смены места работы, понижения и должности, деквалификации.

Соматические последствия алкоголизма чаще имеют вид преходящих функциональных состояний (имеются в виду расстройства, выходящие за рамки абстинентного синдрома). После периодов наиболее интенсивного злоупотребления алкоголем могут наблюдаться кардиопатия, жировая дистрофия печени, гастрит. Однако после прекращения злоупотребления алкоголем и соответствующего лечения эти нарушения обычно подвергаются обратному развитию.

**Третья стадия.** В III стадии (энцефалопатической) клинические проявления алкоголизма утяжеляются. По данным ряда авторов, 68% обследованных ими больных с III стадией были моложе 45 лет; старше 50 лет были единичные больные.

Первичное патологическое влечение к алкоголю может сохраняться у части больных в виде описанного при II стадии более тяжелого (второго) варианта, не сопровождающегося борьбой мотивов. У некоторых больных этот симптом претерпевает дальнейшую динамику и влечение к алкоголю становится неодолимым, возникает спонтанно и сразу же приводит к немедленному употреблению алкоголя, что позволяет сравнивать его с такими физиологическими потребностями, как голод или жажда. При возникновении влечения к алкоголю больные могут пренебрегать любыми профессионально-этическими условиями.

Утрата количественного контроля сопровождается утратой ситуационного контроля. Любое, даже незначительное количество, которое может и не вызвать отчетливых признаков опьянения, влечет за собой неодолимое влечение к алкоголю со стремлением добыть его любыми средствами, в том числе и нарушающими нормы общественного поведения (долги, продажа вещей, жестокость к близким, явные противоправные действия). Больной пьет или в одиночку, или в компании случайных лиц, зачастую в самых неподходящих местах.

Третья стадия алкоголизма характеризуется снижением толерантности к алкоголю, изменением картины опьянения с преобладанием эпилептоидных форм поведения или оглушения, а также тотальными амнезиями. Снижение толерантности к алкоголю проявляется в том, что больной пьянеет уже от меньших количеств алкоголя, но общее суточное количество может еще какое-то время оставаться на том же уровне. При выраженном снижении толерантности в последующем уменьшается и разовое, и суточное количество употребляемого алкоголя. Возможен переход от крепких спиртных напитков к напиткам с низким содержанием алкоголя, чаще к крепленным винам.

Изменяется картина опьянения. Появляются формы опьянения с преобладанием эпилептоидных особенностей поведения. Они характеризуются вязким дисфорическим аффектом с придирчивостью, раздражением, недовольством, угрюмой напряженностью, доходящими до выраженной злобы. Часто возникают агрессивные действия, направленные в первую очередь против близких. Отмечается сохранность моторики, часто бывает неусидчивость. Больные долго не могут заснуть, сон наступает от дополнительных приемов алкоголя.

В других случаях в картине опьянения преобладает оглушение. Больные пассивны, вялы, сонливы, безразличны к происходящему вокруг. На вопросы обычно они отвечают не сразу после сильного побуждения. Грубая ориентировка сохранена, больные способны выполнять простые действия, но тонкая ориентировка нарушена, утрачивается возможность совершать сложные целенаправленные поступки.

Тотальные алкогольные амнезии в отличие от палимпсестов касаются не отдельных событий, а большей части или всего периода опьянения и возникают при употреблении сравнительно небольших доз алкоголя. Абстинентный синдром в III стадии развернутый, описанные выше физические и психические расстройства сосуществуют, Первые доминируют и определяются сложным комплексом вегетативных, соматических и неврологических симптомов. Из психических нарушений наиболее постоянна тревожно-параноидная установка. Развернутый абстинентный синдром длится более 5 дней. Возможно развитие абстинентного синдрома с судорожным компонентом, когда развернутые и, реже, abortивные судорожные припадки возникают преимущественно при прекращении пьянства и в первые дни абстиненции.

Злоупотребление алкоголем при переходе из II в III стадию может быть перемежающимся, как при II стадии. В части случаев возникают **истинные запои**; для других наблюдений характерно сохранение постоянного, но более тяжелого злоупотребления алкоголем.

Истинным запоем обычно предшествует интенсивное влечение к алкоголю с изменениями соматического или психического состояния, в первую очередь в связи с аффективными расстройствами. В первые дни запоя больной дробно употребляет наибольшие суточные количества алкоголя. В последующем из-за нарастающего снижения толерантности и ухудшения физического состояния разовые и суточные количества алкоголя прогрессивно падают. В конце запоя наступает интолерантность и связанная с ней невозможность продолжать злоупотребление алкоголем. Абстинентные явления наиболее тяжелые. Запой сменяется полным воздержанием. Запой могут возникать циклически, но иногда наблюдается тенденция к укорочению запоев и удлинению светлых промежутков. У части больных, однако, злоупотребление алкоголем не переходит в истинные запои и остается **постоянным на фоне низкой толерантности к алкоголю**. В этих случаях больные употребляют малые количества спиртного на протяжении всех суток, в том числе и ночью. Днем промежутки между приемами алкоголя составляют 1—3 ч. Больные непрерывно находятся в опьянении, чаще неглубоком.

Тяжелые абстинентные состояния возникают лишь при прекращении приема алкоголя.

Изменения личности в III стадии алкоголизма определяются алкогольной деградацией. Ее главные признаки: эмоциональное огрубение, исчезновение семейных и общественных привязанностей, этическое снижение, утрата критики, общий упадок инициативы и работоспособности с невозможностью систематически трудиться, ухудшение памяти, а иногда и снижение интеллекта. Различные привходящие моменты накладывают отпечаток на основные симптомы деградации, что позволяет выделить несколько ее типов.

Психопатоподобный вариант деградации наблюдается чаще других. Если на предыдущей стадии алкоголизма психопатоподобные расстройства могли быть в определенной мере соотнесены с конкретным типом психопатии, то здесь обнаруживаются лишь отдельные психопатоподобные проявления, что позволяет говорить об их мозаичности, а также о нивелировке. Обычно наблюдаются возбудимость с агрессивными поступками, бестактные замечания, грубый цинизм, назойливая откровенность, стремление очернить окружающие. Нередко встречаются истерические черты, в первую очередь бахвальство. Периодически возникают расстройства аффекта по типу дисфорий или глубокой подавленности. В эти периоды можно выявить частичное понимание своего состояния. Алкогольная деградация с эйфорической установкой, развивающейся обычно позже, характеризуется преобладанием беспечного, благодушного настроения с резким снижением критики к собственному положению. С одинаковой легкостью они рассказывают и о пустяках, и об интимных сторонах как собственной, так и чужой жизни, обо всем говорят в шутовском тоне. «Алкогольный юмор» в наиболее резкой форме проявляется именно у этих больных. Их речь определяется набором шаблонных оборотов и стереотипных избитых шуток.

Алкогольная деградация с аспонтанностью является наиболее тяжелым вариантом. В этих случаях преобладают вялость, пассивность, снижение побуждений, утрата интересов и инициативы. Даже в кругу собутыльников они остаются пассивными свидетелями происходящего, проявляя активность только тогда, когда нужно приобретать спиртное. Такие больные более всего склонны к паразитическому образу жизни.

Социальные последствия алкоголизма III стадии определяются неспособностью больных выполнять в полном объеме семейные и производственные обязанности. К этому времени супруги больных либо расторгают брак, либо поддерживают с ними лишь утилитарные отношения без прежних эмоциональных связей и участия больных в решении каких-либо важных семейных вопросов. Обнаруживается выраженное профессиональное снижение больных, за исключением редких случаев очень малоквалифицированной работы. Типичны деградация, длительные перерывы на работе вплоть до проживания на иждивении окружающих. Однако даже наиболее тяжело больные (без сопутствующих грубоорганических процессов центральной нервной системы) способны

выполнять простую работу на производстве и тем более обслуживать себя в быту.

Соматические последствия алкоголизма III стадии необратимы, остаточные явления сохраняются даже в периоды длительного воздержания от алкоголя. Более выраженной становится кардиопатия. Обнаруживаются тяжелые сочетанные поражения органов пищеварительной системы: гепатиты, переходящие в циррозы, панкреатиты, атрофические гастриты. Появляются признаки полиневропатии, эндокринные расстройства и другие соматические нарушения.

### *Алкогольные психозы*

*Алкогольные психозы* — различные по клиническим проявлениям и течению нарушения психической деятельности. Возникают во II и III стадиях алкоголизма. Алкогольные психозы возникают лишь тогда, когда в результате хронической интоксикации развивается поражение внутренних органов с нарушениями обмена. Часто их развитию предшествуют дополнительные соматические и психические вредности. Наиболее распространенная группа алкогольных психозов (делирии и галлюцинозы) возникают не на высоте запоев, т. е. не в период наибольшей интоксикации алкоголем, а вслед за ними. В случаях алкогольных галлюцинозов и бредовых психозов, особенно пролонгированных и хронических, нередко обнаруживаются конституционально-генетические аномалии.

Выделяют следующие основные алкогольные психозы:

1. 1. алкогольные делирии;
2. 2. алкогольные галлюцинозы;
3. 3. алкогольные бредовые психозы;
4. 4. алкогольные энцефалопатии.

В судебно-психиатрической практике наибольшее значение имеют алкогольные делирии, алкогольные галлюцинозы, алкогольные параноиды и алкогольный бред ревности (алкогольная паранойя). Больные с этими формами алкогольных психозов представляют значительную социальную опасность и нередко совершают общественно опасные действия, как правило, в отношении лиц ближайшего окружения.

**Алкогольный делирий (белая горячка).** Самый частый психоз, значительно превосходящий по частоте все остальные алкогольные психозы. В продроме, продолжающемся дни, недели, преобладают расстройства ночного сна с кошмарными сновидениями, страхами, частыми пробуждениями и вегетативными симптомами, а днем—астенические расстройства и изменчивый аффект (легко возникающая пугливость и тревога).

Продромальный период может отсутствовать. Делирий развивается спустя несколько часов или дней после прекращения приемов алкоголя на фоне выраженных абстинентных расстройств или при обратном их развитии. Начальные симптомы, появляющиеся к вечеру и усиливающиеся ночью,— наплывы образных представлений и воспоминаний, зрительные иллюзии,

общая оживленность мимики и моторики, неустойчивое, легко отвлекаемое внимание, изменчивое настроение с быстрой сменой диаметрально противоположных аффектов, преходящая дезориентировка или неполная ориентировка в месте и времени. В 10—19% случаев делириозному синдрому предшествуют единичные или множественные судорожные припадки; могут возникать эпизоды вербальных галлюцинаций или образного бреда. В развернутой стадии появляется полная бессонница, возникают иллюзии фантастического содержания (парейдолии) и истинные зрительные галлюцинации.

Преобладают микроскопические галлюцинации: насекомые, мелкие животные, рыбы, змеи, нити, проволока, паутина; реже больные видят крупных животных, людей, человекоподобных существ, мертвецов, в том числе фантастического облика. Зрительные галлюцинации подвижны, меняются в размерах, подвержены происходящим на глазах превращениям. Они то единичны, то множественны, могут быть сценopodobными и, отражая определенные ситуации, калейдоскопически сменять друг друга. При углублении делирия возникают слуховые, обонятельные, термические, тактильные галлюцинации, в том числе тактильные галлюцинации, локализующиеся в полости рта, расстройства схемы тела, ощущения нарушения положения тела в пространстве. В поведении, аффекте и бредовых высказываниях отражается содержание галлюцинаций. Преобладает двигательное возбуждение с суетливой деловитостью, бегством, стремлением спрятаться, что-то стряхнуть, сбить с себя или с окружающих предметов. Речь состоит обычно из многочисленных, отрывочно произносимых слов или коротких фраз. Внимание сверхотвлекаемо. На все происходящее вокруг больные реагируют отдельными репликами, поведением, мимикой. Аффект крайне изменчив.

Попеременно возникают благодушие, недоумение, отчаяние, юмор, удивление, с наибольшим постоянством наблюдается страх. Доминирует образный бред преследования или физического уничтожения, в ряде случаев с отдельными эротическими высказываниями или идеями супружеской неверности. Характерна ложная ориентировка в месте и окружающем при сохранении ориентировки в собственной личности. Нарушается чувство времени—ощущается его резкое удлинение или, напротив, укорочение. Больные повышено внушаемы. Определяющие делирий расстройства склонны к ослаблению, спонтанному, или под влиянием внешних причин (разговор с врачом и т. д.) — так называемые люцидные промежутки. Продолжительность делирия 3—5 дней, иногда психоз затягивается до 1—2 нед. Чаще выздоровление наступает критически—после глубокого продолжительного сна, иногда постепенно—литически или литическое исчезновение расстройств происходит волнообразно, с временным ослаблением симптомов и их последующим появлением, но уже в менее выраженном виде. Воспоминания о бывших расстройствах фрагментарны.

Делирий сопровождается неврологическими и соматическими, в первую очередь вегетативными, расстройствами: мелкое ритмичное дрожание (тремор), прерываемое более сильными толчками, напоминающее в случаях

генерализации дрожь при ознобе, атаксия, мышечная гипотония, гиперрефлексия, слабость конвергенции, выраженная потливость, гиперемия кожных покровов, особенно лица, тахикардия, колебания артериального давления, тахипноэ, увеличение печени, желтушность склер; температура чаще всего субфебрильная, в крови обнаруживаются лейкоцитоз и сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличенная СОЭ, повышенное содержание билирубина и холестерина. Описанный делирий, несмотря на значительную переменчивость клинической картины, часто называют типичным и классическим. Им может исчерпываться весь психоз. Он может сменяться другими алкогольными психозами.

**Острый алкогольный галлюциноз (алкогольный галлюцинаторный бред).** В большинстве случаев галлюциноз развивается на фоне абстинентных расстройств, сопровождаемых тревогой, параноидной настроенностью и вегетативно-соматическими симптомами. В противоположность делирию судорожные припадки в дебюте галлюциноза являются исключением. Галлюцинации возникают, как правило, к вечеру или ночью, в том числе и при засыпании. Сначала периодически возникают акаозмы и фонемы нейтрального для больного содержания, вызывающие удивление, недоумение или недовольство и возмущение. Часто больные стараются обнаружить место, из которого раздаются слышимые ими звуки. В ряде случаев слуховые галлюцинации появляются несколькими короткими приступами, разделенными светлыми промежутками. В дебюте галлюциноза могут возникать фрагменты делириозных расстройств. В последующем на фоне тревоги, страха, растерянности появляются множественные словесные галлюцинации, принадлежащие одному, двум и большему числу людей—«голоса», «хор голосов». Они ругают, оскорбляют, угрожают, обвиняют, с издевкой обсуждают настоящие и прошлые действия больного. Содержание словесных галлюцинаций изменчиво, но всегда связано с реальными обстоятельствами прошлого и настоящего. Голоса то говорят о больном между собой, то обращаются непосредственно к нему, делая его соучастником развертывающихся ситуаций. Интенсивность вербальных галлюцинаций может резко меняться—нарастать до крика, ослабевать до шепота. При усилении основного симптома — вербальных галлюцинаций — возникает поливокальный галлюциноз как последовательно сменяющие друг друга сцены, связанные между собой единством темы. Например, больной слышит происходящий над ним суд с участием прокурора, свидетелей, адвоката, потерпевших, споры сторон, вынесенный ему приговор. Чувственность и наглядность вербальных галлюцинаций, а также манера их пересказа таковы, что легко создается впечатление, будто бы больные все это видят, а не слышат. Вследствие этого подобные состояния нередко расцениваются как делириозные.

Уже в начальном периоде психоза возникают бредовые идеи, содержание которых—преследование, физическое уничтожение, обвинение - тесно связано с содержанием вербальных галлюцинаций (так называемый галлюцинаторный бред). Обычно больные говорят о преследовании «бандой», руководимой

конкретными лицами (соседи, сослуживцы, родственники, жена, знакомые). Аффект на высоте галлюциноза определяется тревогой, отчаянием, резким страхом. Преобладает двигательное возбуждение. Часто оно сопровождается самообороной, обращением в милицию или прокуратуру: в ряде случаев совершаются общественно опасные действия, суицидальные попытки. Симптомы психоза усиливаются вечером и ночью. Редукция психических расстройств происходит критически, после глубокого сна, или постепенно. В последнем случае она начинается с уменьшения звучности вербальных галлюцинаций и их исчезновения в дневное время. Одновременно или несколько позже снижается интенсивность аффективных расстройств, блекнут бредовые высказывания. Ко времени полного исчезновения вербальных галлюцинаций обычно появляется критическое отношение к перенесенному психозу. Длительность острого алкогольного галлюциноза колеблется от нескольких дней до месяца. Описанный алкогольный галлюциноз часто определяют как типичный или классический.

**Острый алкогольный параноид (алкогольный бред преследования).**

Он возникает преимущественно в период абстиненции. Его развитию предшествует короткий продромальный период, который определяется бредовой настроенностью, вербальными иллюзиями, тревогой. Обычно психоз развивается внезапно. Сразу же без каких-либо размышлений и сомнений, больными овладевает непоколебимое убеждение в том, что они станут жертвами немедленного физического уничтожения. Чуть ли не каждое находящееся рядом лицо принадлежит к «шайке», по нередкому определению самих больных. Больные напряженно следят за мимикой, жестами, действиями окружающих, вслушиваются в произносимые ими фразы или слова, расценивая все видимое и слышимое как имеющее непосредственное отношение к слежке и покушению. Часто больные видят не только приготовления к расправе, но и ее орудия: блеснувший нож, высывающееся из кармана дуло пистолета, веревку, подготовленную для удушения и т. п. Видимое подтверждается слышимыми словами и репликами соответствующего содержания, которыми обмениваются окружающие. Обычно при этом речь идет о вербальных иллюзиях. Больные считают преследователями или совершенно незнакомых людей, или тех, кого по смутному предположению больные уже видели, или лиц, имевших ранее какие-либо отношения с больными. Наряду с образным бредом всегда существует резкий страх или напряженная тревога. Поступки больных импульсивные, чаще больные стараются скрыться. Спасаясь бегством, они нередко с опасностью для жизни спрыгивают на ходу из транспорта, прячутся, убегают полураздетыми, несмотря на мороз и непогоду, в безлюдных местах, могут в отчаянии нанести себе серьезные телесные повреждения, предпочитая умереть «более легкой смертью». В других случаях больные прибегают к самообороне и сами внезапно совершают нападения. Многие в страхе обращаются в милицию или в другие официальные организации, прося о защите. В вечернее и ночное время могут возникать отдельные делириозные симптомы и вербальные галлюцинации. Острый алкогольный параноид продолжается от нескольких дней до нескольких недель.

**Затяжной алкогольный параноид.** Начальные симптомы во многом совпадают с признаками острого алкогольного параноида. В последующем изменяется аффект, в котором начинают преобладать подавленность и тревога, а страх или отсутствует, или менее выражен и возникает эпизодически. В бредовых высказываниях появляются отдельные элементы системы. Преследователями становятся лица, с которыми прежде складывались неблагоприятные отношения. У больных появляется убежденность в том, что причиной плохого к ним отношения, стремления «уничтожить» являются их собственные ошибочные высказывания или поступки в прошлом. В поведении больных, при поверхностном наблюдении как будто правильном, очень часто можно отметить признаки, свидетельствующие о существовании бреда, — стремление ограничить привычный круг общения, просьбы к родственникам провожать их на работу и с работы, смена привычных маршрутов, т. е. расстройства, близкие к бредовой миграции. Употребление алкоголя всегда усиливает такие симптомы психоза, как страх, образный бред, неправильное поведение. Затяжной параноид может длиться месяцами. Продолжающиеся запои в ряде случаев делают параноид рецидивирующим.

**Алкогольный бред ревности (алкогольный бред супружеской неверности, алкогольная паранойя).** Возникает у лиц с паранойяльным складом характера, реже — на фоне алкогольной деградации. Это типичная форма бреда зрелого возраста. Сначала идеи супружеской неверности возникают эпизодически, лишь в опьянении или в похмелье. Грубость, несдержанность и придирчивость больных создают реальные предпосылки к отчуждению супругов, касающиеся, в частности, интимных сторон жизни. Психогенный фактор определяет появление сверхценных идей супружеской неверности, сохраняющихся теперь и вне состояний, связанных с алкогольными эксцессами. Ревнивые подозрения усиливаются или, напротив, ослабевают на данном этапе в связи с реальными и психологически понятными поводами. В этот период у больных преобладает дисфорический аффект, они часто буквально истязают жен всевозможными расспросами о деталях и причинах «измен», с исступлением требуя признания своей вины, которую в этом случае обещают «великодушно» простить. При дальнейшем прогрессировании расстройств возникает непоколебимая и постоянная убежденность в изменах жены уже вне зависимости от реальных поводов и появляется бред.

Как правило, он проявляется бредовым поведением нарастающей интенсивности (разработка всевозможных и усложняющихся способов проверки). Одновременно появляется и точное знание «любовника». Обычно это человек из ближайшего окружения, часто значительно моложе больного. Систематизирующийся в узких границах бред нередко влечет за собой многочисленные жалобы в общественные организации с требованием «помещать разврату» и «сохранить семью». Дальнейшее усложнение психоза может идти в различных направлениях. Оставаясь монотематичным, бред ревности становится ретроспективным. Больной может утверждать, что жена изменяет ему уже много лет, дети родились не от него, а от прежних

любовников. В других случаях клиническая картина усложняется присоединением бредовых идей иного содержания—материального ущерба (жена тратит семейные деньги на сожителя или совершенно забросила хозяйство, «предаваясь разврату»), идеи отравления и колдовства с целью «освободиться» от больного. В последнем случае чаще преобладает тревожно-подавленное настроение, а в бредовом поведении возможны акты жестокого насилия в отношении жены и связанных с ней лиц. Продолжающееся пьянство не только способствует усилению симптомов психоза, но и увеличивает риск агрессии больных. Заболевание, колеблясь в своей интенсивности, может продолжаться годами.

### ***Судебно-наркологическая экспертиза при алкоголизме***

Судебно-наркологическая экспертиза больных алкоголизмом составляет почти 1/4 часть всех подобных экспертиз. Такие лица как совершившие преступление в состоянии опьянения признаются вменяемыми и не освобождаются от уголовной ответственности. Исключение составляют случаи, при которых алкоголизм сочетается с другими органическими заболеваниями головного мозга (травма головного мозга, сосудистые и другие поражения), что сопровождается выраженным слабоумием. Если установлено, что осужденный страдает алкоголизмом и нуждается в принудительном лечении, то суд может назначить проведение такого лечения по месту отбывания наказания. Если экспертная комиссия устанавливает алкогольный психоз, то обвиняемый (подозреваемый) признается невменяемым. Если алкоголизм является причиной тяжелого материального положения семьи больного, а неоднократное общественное воздействие не дало положительного результата, то суд может признать больного ограниченно дееспособным и назначить ему попечителя. Попечитель контролирует расходование материальных средств и совершение каких-либо имущественных сделок лицом с ограниченной дееспособностью. Кроме ограничения дееспособности, к таким лицам в связи с различными брачно-семейными и имущественными делами суд может применить и другие меры, в частности лишить родительских прав и др. Возможность отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими сохранена и дает право законодателю исключить простое алкогольное опьянение из числа психотических расстройств, обуславливающих невменяемость и считать, что лицо, совершившее преступление в состоянии простого алкогольного опьянения, не освобождается от уголовной ответственности.

Поскольку врач не является свидетелем состояния патологического опьянения, умело собранные следователем данные о психическом состоянии обследуемого в момент правонарушения дают возможность экспертам вынести соответствующее заключение. Детальный, плановый опрос свидетелей позволяет выяснить не только обстоятельства и характер правонарушения, но и ряд особенностей поведения обследуемого как до совершения правонарушения (резкое изменение поведения, странные поступки, отношение к окружающим), так и во время (сохранение речевого контакта, содержание высказываний) и

после него (выход из болезненного состояния, реакция на задержание, на содеянное).

Только правильно собранный и подготовленный судебно-следственными органами материал для судебно-психиатрической экспертизы обеспечит правильность диагностики и экспертных выводов. Если невозможно получить дополнительные материалы о психическом состоянии обследуемого в момент правонарушения, то экспертизу необходимо переносить в судебное заседание. В судебном заседании эксперты могут провести квалифицированный психиатрический опрос свидетелей и обследуемого, тем самым воссоздать картину правонарушения, динамику событий и вынести соответствующее заключение.

Патологическое опьянение представляет собой острый, быстро протекающий психоз. Ему дается и соответствующая судебно-психиатрическая оценка — обследуемые признаются невменяемыми в соответствии со ст. 568 УПК РУз как находившиеся в состоянии временного болезненного расстройства психической деятельности. К лицам, совершившим правонарушение в состоянии кратковременных расстройств психической деятельности и признанным невменяемыми, необходимо применять меры медицинского характера, если для этого имеются соответствующие показания (например, временное заострение постоянно присущих им нервно-психических аномалий). Иногда этих лиц можно направлять под наблюдение районного психиатра по месту жительства. Если у перенесшего патологическое опьянение или другое кратковременное расстройство психической деятельности обнаружены органические изменения центральной нервной системы или хронический алкоголизм, то целесообразно проводить специальное лечение в психиатрической больнице.

#### **Контрольные вопросы.**

1. 1. Каковы причины алкоголизма?
2. 2. Что такое простое алкогольное опьянение?
3. 3. Какие измененные картины опьянения вы знаете?
4. 4. Что такое патологическое опьянение?
5. 5. Что вы понимаете под термином «хронический алкоголизм»?
6. 6. Какие виды алкогольных психозов вы знаете?
7. 7. Как проводится судебно-наркологическая экспертиза при алкоголизме?

## ГЛАВА 7

### НАРКОМАНИИ

**Наркомании** - обобщенная группа прогрессивных заболеваний, характеризующихся патологическим влечением к различным природным или синтетическим веществам эйфорического, успокаивающего, болеутоляющего, снотворного, одурманивающего или возбуждающего действия. Наркомании— заболевания, возникающие в результате немедицинского употребления наркотических средств.

Определение «наркотическое средство» включает следующие критерии: медицинский, социальный и юридический. В правовом аспекте средство признается наркотическим только при наличии всех указанных критериев. *Медицинский* - если соответствующее средство, вещество или лекарственная форма оказывают такое специфическое действие на ЦНС (эйфорическое, стимулирующее, седативное, галлюциногенное), которое является причиной его немедицинского применения; *социальный* - если это немедицинское применение приобретает масштабы социальной значимости; *юридический* - если, исходя из двух предыдущих критериев, соответствующая инстанция, уполномоченная на это, признала данное средство наркотическим и включила его в официальный список наркотических средств.

Законодательствами всех стран признаются наркотиками героин, ЛСД, препараты конопли, метадон, кокаин и некоторые другие — "в связи со своей значительной общественной опасностью и вредом, причиняемым здоровью индивидуума" (определение Всемирной организации здравоохранения).

#### **Классификация наркотиков:**

1. Седативные (т. е. успокаивающие) препараты - опиатные наркотики и снотворные барбитуратной группы.
2. Стимулирующие препараты — эфедрин, фенамин.
3. Психоделические препараты (т. е. препараты, изменяющие сознание) — ЛСД, препараты конопли и другие галлюциногены.

Арсенал этих веществ постоянно расширяется, пополняясь средствами с новыми специфическими свойствами. Большое место среди наркотиков, являющихся причиной патологического привыкания и наркомании, занимает ряд наркотикосодержащих растений и химических веществ, признанных в установленном порядке наркотическими средствами. В связи с частым приемом препаратов (природных или синтетических) у лиц, их потребляющих, возникает состояние периодической или хронической интоксикации, развивается стойкая психическая и физическая зависимость, развиваются привыкание и патологическое влечение к нему, возрастает толерантность, что приводит к повышению принимаемых доз.

В основе болезненного пристрастия к наркотическим веществам, а также темпа и характера его развития лежит ряд факторов, в первую очередь,

особенности преморбидного склада личности больного и вид наркотика. Имеют значение также природа психической потребности в наркотическом препарате в каждом отдельном случае, интенсивность и длительность злоупотребления этим веществом. Наркомании чаще развиваются у лиц с психопатическими чертами характера (эмоционально неустойчивые, слабовольные или истерические, с дефектами воспитания и затрудненной социальной адаптацией).

Прекращение приема этих веществ вызывает дисфункциональные расстройства психической и соматоневрологической сфер. Наркомании в своем течении всегда сопровождаются психическими и соматоневрологическими нарушениями, изменениями личности различной глубины, вплоть до ее распада, а также социальными последствиями, неблагоприятными как для самого больного, так и для его окружения и общества в целом.

Форма (вид) наркомании зависит от того, какое именно вещество, обладающее психоделическим эффектом, применяется в конкретном случае. Особенности этого вещества, используемые дозы, частота его употребления и предпочтительный способ введения определяют характер действия наркотика на организм, клиническую картину болезни и специфичность абстинентного синдрома, что имеет важное дифференциально-диагностическое значение при экспертизе больных наркоманиями. Формирование наркомании характеризуется развитием трех основных, облигатных признаков: психической и физической зависимостью и толерантностью.

### ***Злоупотребление наркотическими веществами и пристрастие к употреблению***

Понятия пристрастия к наркотическим веществам, злоупотребления наркотическими веществами и наркотической зависимости должны охватывать разнообразные аспекты, а также меняющиеся со временем представления об этих состояниях.

Имеются и терминологические сложности, касающиеся злоупотребления наркотическими веществами, поскольку не существует точного понимания некоторых аспектов этого явления, например: что приводит людей к чрезмерному употреблению наркотических веществ, как и почему возникает пристрастие. Кроме того, пристрастие внушает страх каждому человеку (любой может стать его жертвой), поскольку пристрастие к наркотическим веществам, как правило, создает человеку "репутацию" наркомана или злоупотребляющего химическими (лекарственными) веществами, изменяет его положение в обществе и снижает самооценку.

Различные аспекты проблемы употребления наркотических веществ — психологический, физиологический, фармакологический, нейробиологический, социальный и политический — вносят свой вклад в объяснение этих нарушений. Употребление психотропных лекарственных средств влечет за собой целый спектр различных последствий с частично совпадающими характеристиками.

## *Клинические формы*

Разновидностей наркомании очень много, основные из них — опийная наркомания, вызываемая опиатами (морфин, кодеин, тебаин, героин); наркомания при употреблении препаратов конопли (гашишизм); наркомания, обусловленная приемом эфедрина (эфедрона); кокаиновая наркомания. Каждая из них имеет особенности, хорошо известные специалистам, но все наркомании объединяются общими чертами.

При всех наркоманиях происходит быстрое привыкание к препарату с развитием физической и психической зависимости от него, а также абстинентного синдрома. При большинстве наркоманий зависимость формируется в течение 2—3 нед после начала приема наркотического препарата, но сейчас появились синтетические наркотики, которые формируют зависимость после 2-х инъекций. Все наркотические средства изменяют психическое состояние наркомана. Если не учитывать особенности изменений психики, создаваемых разными наркотическими веществами, в общих чертах можно отметить благодушное настроение, возбуждение, снижение критики к своему поведению, поступкам, хотя поведение часто становится нелепым - с беспричинным безудержным смехом, болтливостью, шаловливостью. Нарушается восприятие пространства и времени. Некоторые наркотики вызывают оглушенность, зрительные, иногда слуховые галлюцинации и бредовые идеи, склонность к агрессии, что делает наркомана социально опасным. При некоторых наркоманиях развиваются острые психозы продолжительностью 3—7 дней. В ряде случаев, наоборот, появляются апатия, безразличие к окружающему. Общим для всех наркоманий остается тяжелый абстинентный синдром, развивающийся иногда через несколько часов, иногда через 1—2 сут после прекращения употребления наркотика. Абстинентный синдром включает тревогу, беспокойство, резкие болевые ощущения во всем теле («ломка»), бессонницу, тошноту, рвоту, понос, повышение артериального давления, спазмы в желудке, судороги, отсутствие аппетита, похудание. Такие острые проявления абстинентного синдрома могут сохраняться 8—10 дней, после чего начинают ослабевать.

У всех наркоманов развиваются различные заболевания внутренних органов. Больные выглядят старше своих лет, кожа становится дряблой, морщинистой, иногда несколько желтушной или сероватой. Выпадают волосы и зубы, от внутривенных инъекций остаются многочисленные рубцы. Больные обычно истощены. При длительном употреблении наркотиков нарастает деградация личности, наркоманы становятся эгоистичными, безразличными к окружающим, в том числе и к близким, снижаются интеллектуальные способности. Наркоманы быстро истощаются физически и психически, их эмоции грубеют, утрачиваются морально-этические принципы и привычки, они часто совершают различные антисоциальные поступки. Наркоманы умирают, как правило, в молодом возрасте, обычно от передозировки наркотического вещества, иногда в состоянии абстиненции от сердечно-сосудистой

недостаточности. Они остаются основными носителями и распространителями ВИЧ-инфекции и составляют большинство умирающих от СПИДа.

### ***Опийные наркомании***

***Опиатные наркотики*** (кустарного изготовления и синтетические) занимают ведущее место по распространенности в нашем регионе. Могут встречаться в необработанном виде:

1. "Маковая соломка", "солома", или "сено" — мелко размолотые (иногда до состояния пыли) коричневато-желтые сухие части растений: листья, стебли и коробочки.

2. "Ханка" — застывший темно-коричневый сок маковых коробочек (он же опий-сырец), сформированный в лепешки 1 -1,5 см в поперечнике.

3. "Бинты", или "марля" — пропитанная опиум-сырцом хлопчатобумажная ткань, становится коричневой, если до пропитки имела светлый цвет. Плотная и ломкая на ощупь.

Все необработанные опиатные наркотики из растительного сырья имеют легкий вяжущий эффект при попадании на язык. Содержат алкалоиды опиатного ряда — морфин, кодеин и некоторые другие. В обработанном виде выглядят как растворы:

1. В случае кустарного изготовления из растительного сырья — коричневый раствор, похожий на более или менее крепко заваренный чай, с отчетливым, иногда резким запахом уксуса. Когда отстоится, становится светлее и прозрачнее, дает осадок в виде мелких темных частиц. Это и есть "черный раствор", или "черное".

2. Прозрачный раствор в ампулах. Или во флакончиках, похожих на пенициллиновые. Флакончики могут быть сделаны из темного стекла и иметь маркировку типа "морфина гидрохлорид".

Героин — изготовленный в подпольных лабораториях наркотик. Светлый серовато-коричневый порошок в виде мелких кристалликов с неприятным запахом, на вид и на ощупь напоминает стиральный порошок. Обычно горький, если разведен сахарной пудрой — со сладким привкусом.

Наряду с описанным выше героином, который называется "коричневым", распространен "белый" героин, напоминающий питьевую соду. Кодеин также является опиатным наркотиком, встречается в виде официальных (т. е. изготовленных фабричным способом) таблеток от кашля и головной боли, как правило, импортного производства.

Метадон — синтетический наркотик опиатной группы, выглядит как героин; производство и любое использование его запрещено законом. Метадон не является производным опия, поэтому его правильнее называть "опиатоподобным" наркотиком. С клинической точки зрения зависимость от метадона мало отличается от героиновой или опийной зависимости.

Наиболее часто опиаты употребляются внутрь или внутривенно, реже подкожно, в виде курения, вдыхания (героин). Растительное сырье предварительно обрабатывают химическими веществами — органическими растворителями и ангидридом уксусной кислоты, а порошкообразные

наркотики просто разводят. Редко солому заваривают в виде чая или глотают "ханку" сухой. Опиаты хорошо всасываются из желудочно-кишечного тракта, через слизистую носа и легочные капилляры. Попадая в кровяное русло, они распределяются в мышцах, почках, печени, кишечнике, легких, селезенке, мозге и плаценте. Метаболизируются в печени и выделяются с мочой. В первую очередь опиаты угнетают ЦНС и воздействуют на сердечно-сосудистую систему и желудочно-кишечный тракт.

Наркотический эффект всех препаратов опиной группы очень близок, различаясь только по силе проявлений абстинентного синдрома, темпам формирования наркомании и особенностям острой интоксикации. При невыраженной интоксикации артериальное давление и пульс в норме, тонус мышц может быть нормальным или слегка пониженным. Для **острой опиной интоксикации** характерны: узкие зрачки, иногда «точечные», бледность, сухость кожных покровов, иногда кожа может быть холодной и липкой, ортостатическая гипотензия, гипотермия, урежение сердечного ритма, понижение сухожильных рефлексов, подавление кашлевого рефлекса, повышенная устойчивость к боли (отсутствие чувствительности к булавочным уколам), угнетение дыхания, сниженная моторная активность кишечника, сонливость, состояние заторможенности, тошнота, рвота, спазмы кишечника, иногда наблюдаются нарушения координации, атаксия, угнетение рефлексов, снижение аппетита. Кроме того, могут возникать изменения на ЭЭГ, припадки. Настроение часто благодушное, ускоренная смазанная речь и ассоциации, быстрые перемены в настроении, критика к своему поведению и высказываниям снижена. В ряде случаев может возникать психомоторное возбуждение, галлюцинации либо тревога, дисфории. При острых отравлениях наблюдаются выраженное угнетение дыхания и отек легких, который присутствует практически во всех случаях летальных исходов. Может развиваться шоковая реакция. Таким образом, сомноленция, точечные зрачки, угнетение дыхания и анальгезия - характерные черты опиной интоксикации.

Отличительным признаком зависимости при употреблении препаратов опия и морфиноподобных веществ является то, что она возникает даже при использовании малых доз препаратов, которые применяются в ряде случаев для терапевтических целей.

При регулярном употреблении опиатов возникает выраженная психическая и физическая зависимость с тяжелыми явлениями при отмене наркотиков (абстинентный синдром), высокая толерантность. Явления абстинентного состояния начинают развиваться в течение нескольких часов после употребления последней дозы в период, когда должна быть принята очередная доза по устоявшейся схеме, и достигают своего пика через 36-73 ч. Наиболее острые проявления абстинентного синдрома исчезают обычно в течение 10 дней, однако резидуальные явления сохраняются намного дольше. Отличительной чертой морфинной абстиненции является то, что при ней отмечаются изменения со стороны всей нервной системы, включая одновременное раздражение ее симпатического и парасимпатического отделов. Ранние признаки: зевота, слезотечение, насморк, потливость, расширение

зрачков, тревога, беспокойство, раздражительность, тахикардия, анорексия, тремор, бессонница, "горячие приливы". Более поздние признаки: учащение дыхания и подъем систолического артериального давления, желудочные и другие непроизвольные мышечные спазмы, боли в суставах (особенно крупных) и пояснице, генерализованные болевые ощущения, обезвоживание организма, отсутствие аппетита и потеря массы тела, гипергликемия, депрессия, панические реакции, спутанность сознания. При достаточной длительности заболевания тяжелая абстиненция может привести к развитию психоза в виде делирия, вербального галлюциноза. Как правило, прогноз психотических состояний благоприятный, их длительность не превышает 1—2 нед.

При употреблении других препаратов опиной группы возникают схожие нарушения в период абстинентного синдрома; они могут только различаться по времени начала и наступления пика интенсивности, выраженности проявлений и продолжительности их существования. Абстинентный синдром достигает пика на 2-3 сут и исчезает в течение 7-10 дней. При длительно действующих опиатах, например, метадоне, синдром развивается медленнее и менее интенсивен, чем при коротких - героин или морфин. Абстинентное состояние редко бывает с летальным исходом.

Сроки формирования физической зависимости варьируют от 2-3 нед. систематического приема опиатов до 1,5-2 мес., что связано с их наркотической активностью и способами применения (внутрь или парентерально). При злоупотреблении опиатами наблюдаются очень тяжелые последствия, характеризующиеся астеническими расстройствами. Больные трудоспособны только тогда, когда они находятся под воздействием наркотика. У морфинистов отмечается неточность памяти, падение продуктивности умственной деятельности, особенно творческой, которая может поддерживаться на известной высоте только после введения морфия, повышенную утомляемость и невозможность планомерной деятельности.

Общий фон настроения депрессивный. Заметно истощение, дефицит массы тела составляет 7-10 кг. Все больные выглядят значительно старше своих лет. Кожа бледная, с желтушным оттенком, как у больных с заболеваниями печени. Многочисленные морщины на лице. Характерным признаком является разрушение и выпадение зубов или кариес. Большинство опиоманов обычно без зубов, часто наблюдается раннее полусение; волосы теряют свой блеск, становятся ломкими, как и ногти. Характерны изменения вен после многочисленных инъекций. Это служит дифференциально-диагностическим признаком. Вены утолщены, в рубцах, происходит зарастание русла вен. Пульс редкий, снижение всех видов рефлексов и потенции, зрачки узкие, запоры. В тяжелых случаях может быть крайнее истощение.

Наблюдаются эндокардиты, абсцессы, сепсис, частые пневмонии, флебиты, гепатит В, СПИД, лимфангит, отек мозга, энцефалопатия, полиневриты, циррозы печени, гломерулонефриты. Длительное употребление опия в конце концов приводит к характерному изменению личности наркомана. Характерны изменения психики. Узок круг интересов - они сосредоточены

только вокруг наркотиков и их добывания. Наблюдается общее эмоциональное огрубение, лживость, морально-этическое снижение. Как известно, наркоманы часто совершают правонарушения, связанные с добычей наркотиков. По своему эмоциональному огрубению и морально-этическому снижению опиоманы напоминают больных с шизофреноподобным дефектом. Очень характерна речь наркомана. Она изобилует жаргонными словами. Однако отчетливых психических расстройств в виде значительного снижения интеллекта, деменции не отмечается. Смерть в основном наступает от передозировки, редко в период абстинентного состояния из-за падения сердечной деятельности.

В целом, следует отметить, что для опийной наркомании характерно возникновение выраженной психической и физической зависимости и развитие толерантности, достигающей значительной степени и требующей все более высоких доз препаратов, во много раз превышающих начальные. Причиной смерти наркоманов чаще всего становятся соматоневрологические осложнения, в первую очередь, общее истощение.

**Острая морфинная интоксикация** начинается с эйфории, которая при углублении интоксикации переходит в психомоторное возбуждение с выраженной гиперемией кожных покровов, головокружением, головной болью. В последующем возбуждение сменяется нарастающей сонливостью, торпидностью. симптомами угнетения сердечно-сосудистого и дыхательного центров. Коматозное состояние может привести к смерти больного.

При хроническом употреблении морфина очень быстро наступает развернутая стадия заболевания. Выраженная психическая и физическая зависимость от морфина развивается почти одновременно с началом его систематического приема, и потребность в наркотике преобладает над всеми остальными интересами. Абстинентный синдром при лишении наркотика длится несколько дней. Компульсивное влечение к морфину настолько усиливается, что угнетает все другие влечения. Обычно через 1—4 нед после начала приема морфина появляется потребность в первом увеличении его дозы. Толерантность столь сильно нарастает, что больные переносят морфин в дозах 1—4 г/сут, что значительно превышает смертельную дозу для здорового человека.

При длительном систематическом употреблении морфина и клинической картине болезни на первый план выступают личностные изменения. Наркоманы становятся все более грубыми, эгоистичными, круг их интересов крайне суживается, сосредоточиваясь только на приобретении наркотика. При добывании наркотика больные не останавливаются ни перед чем и часто нарушают закон, подделывая рецепты, совершая кражи. Наступает общая деградация личности с интеллектуально-мнестическим снижением.

Перед приемом наркотика морфинисты обычно угнетены, раздражительны. После инъекции морфина они преображаются: исчезает ощущение упадка сил, появляются эйфория, благодушие, склонность к мечтательности. Характерен и внешний облик больных: они истощены, зрачки узкие, лицо одутловатое, кожа с желтушным оттенком, сухая, дряблая, с

многочисленными рубцами и инфильтратами. Отмечаются брадикардия, падение артериального давления, озноб, запоры.

Сердце и печень претерпевают деструктивные изменения, в желудочно-кишечном тракте возникают хронические воспалительные явления. Неврологическое обследование выявляет снижение рефлексов, в тяжелых случаях—патологические рефлексы. Через 6—18 ч после лишения препарата развивается абстинентный синдром, клинические проявления которого зависят от тяжести и длительности наркомании.

Первоначальные признаки абстиненции выражаются в зевоте, слезливости, потливости, затем к ним присоединяются расширение зрачков, тремор, парестезии. В дальнейшем появляются общая слабость, бессонница, беспокойство, тахикардия и повышение артериального давления, боли в области сердца и ощущение давления и ломоты в суставах. Снижается настроение, появляется подавленность, сменяющаяся выраженным двигательным возбуждением с брутальным аффектом. При достаточно длительной наркомании на высоте абстиненции возможно развитие транзиторных делириозных состояний или судорожных эпилептиформных припадков.

**Кодеиномания.** Острая интоксикация кодеином проявляется сначала ощущением теплоты в области желудка, распространяющейся на все тело своеобразными «концентрическими» волнами. Затем развивается эйфория, во время которой больные оживлены, разговорчивы, подвижны, активны, деятельны. Отсутствует свойственная другим видам наркомании потребность в сне по окончании наркотического опьянения. Больные стремятся продлить это состояние повторным приемом кодеина.

Хроническая интоксикация ведет к прогрессирующим психическим и соматоневрологическим изменениям. Изменения личности больных имеют особенности, главная из которых— быстрое истощение психических функций. У больных сужается круг интересов, нарастают рассеянность, несобранность, в связи с чем использование интеллектуальных способностей затруднено без формальных признаков деменции. Особенностью кодеиномании являются частый переход к комбинированному приему наркотиков и формирование полинаркомании, что снижает работоспособность больных, ускоряет морально-этическую деградацию и социальную дезадаптацию.

В абстинентном состоянии, развивающемся спустя 6—7 ч после окончания действия наркотика, отмечаются тревога, беспокойство, сменяющиеся раздражительностью, дисфорией, расстройствами сна. Наряду с этим возникают депрессии, спастические боли в кишечнике, тянущие боли в мышцах и суставах, потливость, озноб. Абстиненция при кодеинизме менее острая, чем при морфинизме, и более длительная, чем при опиомании.

### ***Наркомании, вызванные препаратами конопли***

К ***препаратам конопли*** относятся следующие:

1. Высушенная или не высушенная зеленая травянистая часть конопли, которую также называют "марихуана". Это похоже на табак, обычно светлые

зеленовато-коричневые мелко размолотые сушеные листья и стебли. Бывает плотно спрессована в комочки, тогда называется "анаша" или "план".

2. Прессованная смесь смолы, пыльцы и мелко измельченных верхушек конопли ("анаша", "гашиш", "план" или "хэш") — темно-коричневая плотная субстанция, по консистенции напоминающая пластилин (но менее пластичная), на бумаге оставляет жирные пятна.

Содержание психоактивных веществ в конопле в значительной степени зависит от основных характеристик растения, места и условий его произрастания, природы препарата, возраста собранного материала и условий его хранения. В целом препараты, содержащие главным образом листья, часто с некоторым количеством цветущих верхушек, обозначаются как марихуана, банг, киф, дагга. Такие препараты обладают менее сильным действием, чем те, которые состоят в основном из цветущих верхушек (ганжа, ганья, гания). Гашиш (харас) состоит в основном из смолистого материала, полученного из растения конопли, и является более сильным по действию, чем другие препараты. В некоторых странах, например в Египте, термин «гашиш» используется для обозначения любого препарата конопли. Вследствие указанных вариаций наркотическая активность одного препарата конопли может быть во много раз выше (или ниже), чем другого. В связи с этим значительно отличаются и эффекты от употребления одних и тех же количеств различных препаратов конопли. Наиболее распространенный способ потребления конопли - курение, но препараты, приготовленные из нее, могут также применяться внутрь в качестве составных частей пищи или напитка. При курении каннабиса быстрее возникает наркотический эффект и требуются меньшие количества препарата, чем при его использовании другим способом. Психоактивные каннабиноиды всасываются, попадая в кровь, и очень быстро достигают пика уровня - в момент, когда идет ингаляция в процессе курения. При употреблении внутрь пик концентрации в крови достигается приблизительно через 2 ч. Наркотик является высоко жирорастворимым и накапливается в жировых тканях. Каннабиноиды метаболизируются в печени и в легких. Период полужизни - 19-57 ч. Следы наркотика могут быть обнаружены в кровяном русле в течение 2-4-х нед. Механизм действия каннабиноидов заключается в подавлении синтеза, освобождении и разрушении ацетилхолина.

Все препараты конопли имеют довольно резкий специфический запах и горький вкус. Употребляется путем курения в чистом виде или в смеси с обычным табаком. Действующим (активным) веществом конопли является группа алкалоидов под общим названием "тетрагидроканнабиолы" (английская аббревиатура — ТНС). Наркотический эффект зависит не только от дозы, но и от окружающей обстановки, ожиданий потребителя и его личностных характеристик. При невыраженной интоксикации препаратами конопли внешних признаков отмечается мало; воспаление глаз с инъецированной конъюнктивой, сниженная мышечная сила, тахикардия. Могут возникать седативный эффект и сонливость.

В состоянии более выраженной интоксикации отчетливо наблюдаются соматические и поведенческие расстройства: расстройства сознания в виде оглушения, «одурманенности»; наблюдаются гиперактивность, нелепое поведение с неадекватным безудержным смехом, болтливостью, эйфория, расслабленность, мечтательное выражение лица, нарушается восприятие окружающего (пространственное, временное), может быть обостренная чувствительность к внешним стимулам, возникают шум и звон в ушах; память и внимание ослаблены, нарушаются процессы мышления. В ряде случаев у лиц, находящихся в состоянии интоксикации препаратами конопли, появляются тенденции к агрессивным и безрассудным действиям. Могут наблюдаться тревога, раздражительность, навязчивые мысли, иногда наоборот - апатия и безразличие к окружающим, стимуляция симпатической и парасимпатической нервной системы. Более заметными становятся и внешние соматические признаки: сухость во рту, учащенный до 100 и более уд/мин пульс, ортостатическая гипотензия, блеск глаз, зрачки могут быть расширены, их реакция на свет ослаблена, ощущаются голод (вероятно, связанный с возникающей гипогликемией), и жажда, иногда возникают тошнота и рвота. Появляется тремор пальцев рук, иногда - дрожание всего тела, риниты, фарингиты, хриплость голоса.

Достаточно выраженный абстинентный синдром наблюдается редко, только через несколько часов, и характеризуется раздражительностью, беспокойством, тревогой, снижением аппетита, бессонницей, потливостью, тошнотой, рвотой, диареей и мягким тремором.

При употреблении высоких доз препаратов конопли возникает состояние острой интоксикации с паническими реакциями, тревожным статусом, параноидными реакциями, иллюзорными расстройствами, деперсонализацией, спутанностью, беспокойством, возбуждением, зрительными, а порой и слуховыми галлюцинациями, поэтому каннабис иногда относят к галлюциногенам. Атаксия обычно нерезко выражена, но отмечают некоторые нарушения координации. Такое состояние может напоминать острый психотический эпизод. Иногда токсические психозы могут проявляться делирием с дезориентировкой, со множеством сновидных галлюцинаций - делириозно-онейроидные состояния и выраженным нарушением сознания. Может развиваться острый органический мозговой синдром. Такие острые психотические эпизоды обычно исчезают в течение 3-х дней, но могут продолжаться до 7 дней. Психотические расстройства могут возникать и при употреблении сравнительно небольших доз каннабиса.

При хроническом употреблении препарата конопли часто развиваются нарушения психомоторных и познавательных функций, в основном наблюдается их дефицит: апатия, уход от всего, бедность суждений, недостаток инициативы, так называемый «амотивационный синдром». Нарастает деградация личности, снижаются интеллектуальные способности, либидо, память, психическая и физическая истощаемость становится практически постоянным признаком. Формируется эмоциональная неустойчивость, утрачиваются морально-этические установки, возникают грубые поведенческие

нарушения с частыми антисоциальными поступками, могут возникать хронические психозы, острый токсический мозговой синдром. Имеется риск возникновения рака легких, нарушений репродуктивных функций (снижение уровня тестостерона, уменьшение числа сперматозоидов, снижение их подвижности, нарушение нормального менструального цикла), иммунной системы (подавление иммунитета).

В целом наркоманическая зависимость при употреблении препаратов конопли характеризуется:

1. Психической зависимостью, выраженной сильно или в средней степени.
2. Нерезко выраженной физической зависимостью (абстинентный синдром проявляется значительно слабее по сравнению с барбитуратами и опиатами) при употреблении высоких доз каннабиса.
3. Повышением (не очень высоким) толерантности.

### ***Эфедроновая (эфедриновая) наркомания***

***Психостимуляторы*** — довольно разнородная группа веществ с одним объединительным признаком: в результате их употребления ускоряется темп мышления (при этом суждения становятся легковесными, поверхностными, менее обдуманными). Часть препаратов этой группы имеют также способность искажать восприятие окружающего, поэтому сходны с галлюциногенами. Существуют психостимуляторы растительного происхождения (кока, эфедра, кола), однако у нас они встречаются в основном в виде химических субстанций (порошков) или таблеток.

1. Эфедрин — белый порошок с горьким вкусом, кристаллики которого имеют продолговатую форму. Может встречаться в виде раствора в ампулах с маркировкой "Эфедрин". Также эфедрин содержится в известном препарате "Солутан" и в мази "Сунореф".

2. Псевдоэфедрин, меткатинон и эфедрон — производные эфедрина. В чистом виде у нас не встречаются. Обычно изготавливаются самими наркоманами непосредственно перед употреблением из того, что перечислено пунктом выше (с помощью марганцовки и уксусной кислоты). В этом случае имеют вид прозрачного раствора (жаргонное название "белое", "белый раствор", "марцефаль") с запахом уксуса. Вводят внутривенно.

3. Фенамин или амфетамин (международное название) — препарат, встречается как в виде таблеток, так и в виде порошка, а может быть расфасован в капсулы. Употребляют его и внутрь, и внутривенно. Вид и цвет таблеток и капсул разнообразные.

4. "Экстази", "ХТС" — группа производных амфетамина (метилен-диокси-метамфетамин МДМА, метокси-метилен-диокси-метамфетамин ММДА и другие — еще длиннее и вычурнее), для которых с рекламными целями выдуманно влекущее название "экстази". Производятся в виде разноцветных таблеточек различной формы, иногда с рисунками на поверхности. Употребляют их только внутрь.

Эфедрон (2-метиламино-1-фенил-пропанол) входит в список наркотических веществ. Препарат, о котором идет речь, является самодельным и представляет собой обработанный эфедрин. Злоупотребление эфедронем в основном наблюдается среди лиц молодого возраста и получило распространение сравнительно недавно. Эфедрон оказывает преимущественно стимулирующее действие на центральную нервную систему, употребляется внутривенно. Состояние эфедроновой интоксикации, как правило, характеризуется общими симптомами возбуждения, повышенной чувствительностью к внешним раздражителям, многоречивостью, стремлением к однообразной непродуктивной деятельности. Зрачки резко расширены. Такое состояние может продолжаться 3-4 ч, после чего появляются вялость, слабость, апатия, чувство «разбитости», тоскливое настроение.

Психическая зависимость к эфедрону может сформироваться достаточно быстро, уже через 2-3 нед. Употребление эфедрона быстро принимает циклический характер. Периоды продолжительностью от 1 -2 до 3-5 дней (своеобразные «запой») характеризуются практически полным отсутствием сна, аппетита, задержкой мочеиспускания, общим физическим истощением. Затем на несколько дней наступает перерыв в употреблении эфедрона, во время которого наблюдается повышенная сонливость, апатия, депрессия.

В процессе злоупотребления эфедронем психическая зависимость может быть очень интенсивной, частота приемов препарата иногда достигает 10-15 раз в сутки. Внешний вид больных эфедроновой наркоманией достаточно характерен: глаза запавшие, с нездоровым блеском, кожные покровы очень бледные, с сероватым оттенком, масса тела значительно снижена. При эфедроновой наркомании могут возникать психотические явления в виде выраженного страха, подозрительности, отдельных бредовых идей.

### ***Кокаиновая наркомания***

**Кокаин** — белый кристаллический порошок, по виду похож на питьевую соду. Обычно разведен сахарной пудрой или тальком. Попав на язык, вызывает ощущение онемения (как новокаин). Кокаин является сильным стимулирующим средством. Употребляется путем нюхания кристаллов кокаина гидрохлорида, ингаляций («крэк»), внутривенных инъекций (часто в сочетании с героином). Перорально практически не употребляется, так как инактивируется желудочным соком. Некоторые производные кокаина нагревают на фольге и вдыхают образовавшийся дым. Пик уровня кокаина в крови достигается через 10 мин, эффекты кокаина продолжаются 10-30 мин. Кокаин метаболизируется в печени и выделяется с мочой.

При остром воздействии кокаин активирует дофаминовый цикл путем блокады обратного захвата дофамина пресинаптическими нервными окончаниями, повышает стимуляцию постсинаптических дофаминовых рецепторов, увеличивает содержание дофамина в синапсе и дофаминовую нейротрансмиссию. При хроническом злоупотреблении все это приводит к истощению дофамина, падению уровня его содержания в мозге и торможению

нейротрансмиссии. Одновременно уровень пролактина в крови увеличивается. С этими нарушениями связаны симптомы кокаиновой интоксикации и зависимости.

Также наблюдаются симптомы стимуляции ЦНС, в том числе эйфория, ощущение своих повышенных возможностей, гиперактивность, возбуждение, может появиться раздражительность и беспокойство, многоречивость, гиперсексуальность. При этом характерно, что быстро возникающая эйфория в момент употребления кокаина через несколько минут (или даже секунд) сменяется дисфорией, тревогой, апатией, страхом, агрессивностью. Наблюдаются соматические и неврологические нарушения: сухость во рту, потливость, дрожание, жжение в глазах, расширенные зрачки, головные боли, учащенные позывы к мочеиспусканию, гипергидроз, тахикардия, гипертензия, озноб, повышенные рефлексы, миоклонические подергивания, повышение температуры тела, бессонница, отсутствие аппетита, тошнота, диарея, сердечные аритмии. При употреблении очень высоких доз - судорожные припадки, эпилептический статус, острые сердечные аритмии с остановкой сердца или дыхания и смерть.

У кокаиновых наркоманов описаны острые интоксикационные психозы по типу делирия со множеством зрительных, слуховых, тактильных галлюцинаций, могут возникать при этом острые параноидные реакции. Эффекты на кокаин часто вызывают у наркоманов переоценку своих физических и умственных возможностей. Это, в сочетании с возникающими параноидными бредовыми идеями, слуховыми, зрительными и тактильными галлюцинациями, делает наркоманов очень опасными и способными к совершению серьезных преступлений. У кокаинистов часто возникают расстройства пищеварения, тошнота, потеря аппетита, физическое истощение, бессонница и, иногда, судорожные припадки. Они часто одновременно злоупотребляют опиатами или препаратами с седативным действием.

Психическая зависимость развивается очень быстро и бывает наиболее выраженной. Считается, что физическая зависимость к кокаину не развивается, однако при его отмене, так же, как и в случаях с амфетаминами, часто появляется выраженная депрессия, которая может приводить к суицидам; кроме того, возникает раздражительность, сонливость, анергия, страх. Наиболее выраженные реакции при резкой отмене кокаина наблюдаются на 3-4-й день и обычно продолжаются 10-14 дней. Кокаин быстро разрушается в организме, поэтому если его принимают слишком часто небольшими разовыми дозами, то суточная доза может оказаться очень большой (до 10 г). Как правило, роста толерантности к эффектам кокаина не наблюдается, т.е. эффекты одной и той же дозы не ослабляются в процессе кокаиновой наркомании. На начальной стадии возникает даже повышение чувствительности к действию кокаина по мере повторения доз. По данным ряда авторов, толерантность развивается, особенно к эйфорическому эффекту.

При кокаиновой наркомании наблюдаются достаточно тяжелые последствия: постепенная потеря массы тела, общее истощение организма, сухие потрескавшиеся губы и кожные покровы, анемия, сниженный иммунитет и

подверженность различным инфекциям, сексуальные дисфункции (снижение либидо, импотенция), признаки органического снижения (нарушения памяти, концентрации внимания, мышления), затяжные депрессивные состояния с тревогой, снижение жизненных интересов, психопатоподобные нарушения, тремор и другие паркинсоноподобные расстройства, стойкие дисфорические и параноидные реакции. Таким образом, для кокаиновой наркомании характерно развитие выраженной психической зависимости, быстрое нарастание физической истощенности, острые психотические расстройства и высокая социальная опасность, физическая зависимость и толерантность не развиваются.

### ***Наркомания, обусловленная галлюциногенами***

**Галлюциногены** - "препараты, изменяющие сознание", так как зачастую они не вызывают галлюцинаций, а искажают самоощущение наркомана. И он чувствует измененным не только окружающий мир, а еще и себя. В группу галлюциногенов также входят очень разные по химическому составу продукты, некоторые из них — натурального происхождения. У наркоманов большинство галлюциногенов носят объединяющее название "кислота" (по-английски — "acid").

1. Грибы рода *Psilocybe*. Содержат псилоцин и псилоцибин. На данный момент, видимо, один из наиболее распространенных галлюциногенных препаратов. Доступны только в конце лета. Выглядят как маленькие коричневые поганки на тонкой ножке, шляпка имеет фиолетовый оттенок. Наркоманы едят грибы жареными, вареными, сырыми и сухими.

2. ЛСД (диэтиламид лизергиновой кислоты) — "эталонный" галлюциноген. Очень токсичный препарат. ЛСД существует в виде прозрачного раствора, порошка и в виде разноцветных марок, напоминающих почтовые (их основа пропитана раствором наркотика). ЛСД обычно принимают внутрь, а наркоманы, бывает, вводят внутривенно.

3. РСР (читается "пи-си-пи", наркоманы произносят "пэ-эс-пэ"), он же фенциклидин. Встречается редко, как и сходные с ним препараты, обычно в виде порошка. К сожалению, тоже иногда вводится внутривенно. В дозах, вызывающих галлюцинации, они оказывают возбуждающее действие.

### ***Производные ЛСД***

Введенный внутривенно ЛСД быстро связывается с белками плазмы, период полужизни небольшой - 175 мин. Особых различий в эффектах препаратов, принятых внутрь или внутривенно, нет. ЛСД всасывается из кишечника в течение 30-40 мин, достигая пика концентрации в крови через 1-2 ч. Распределяется в печени, почках, легких и селезенке. Метаболизируется в печени и выделяется с желчью. Является сильным антагонистом серотонина.

Оказывает действие на органы и системы, в том числе чрезвычайно сильное стимулирующее влияние на ЦНС, проявляющееся бессонницей и

беспокойством в течение многих часов после приема. Длительность стимулирующего эффекта значительно больше, чем у других стимуляторов. В самой малой дозе характерным эффектом является расширение зрачков с фотофобией, кроме того, неравномерность зрачков; ритмическое расширение и сужение зрачков, иногда в такт дыханию; гиперрефлексия, часто до спонтанного клонуса, спазм мышц челюсти. Часто ощущение жара и повышение температуры тела, потливость, слезотечение; умеренная тахикардия, повышенное артериальное давление, чувство голода одновременно с тошнотой, бессвязная речь, слюнотечение. Длительность соматических расстройств после одной дозы приблизительно 6 ч; а длительность психических нарушений - 6-12 ч.

Со стороны психики наблюдаются очень сильные нарушения зрительного восприятия. Самый характерный признак - ощущение изменения яркости освещения. При больших дозах - визуальные галлюцинации в виде ореола, сияния, радуги или движущихся потоков разного цвета. Галлюцинации носят калейдоскопический характер. При дальнейшем нарастании доз возникают конкретные истинные зрительные галлюцинации, часто устрашающего характера. Эффект может быть различен от одного приема до другого. Возможны слуховые галлюцинации, могут возникать искажения громкости.

Часты парестезии, нарушения тактильной чувствительности, размеров, перспективы и дистанции - психосенсорные расстройства, а также расстройства «схемы тела», деперсонализация, дереализация. Внимание в основном сосредоточено на чем-то одном, например, на музыке и трудно переключиться. Нарушение ощущения времени; возникновение ощущения полета мыслей; возбуждение. Сложный аффективный статус: хаотическая смесь эйфории и дисфории, смешливости и болезненной тревоги. Резкие колебания аффекта.

При повторных ежедневных дозах препарата эффект снижается, т.е. развивается толерантность. Физическая зависимость не возникает. Синдрома «отмены» нет. Психическая зависимость обычно выражена в средней степени, в некоторых случаях может быть достаточно интенсивной. Для наркоманов, употребляющих галлюциногены, характерно возникновение повторных периодов ощущений, характерных для периода интоксикации (без приема наркотика), которые обычно нерезко выражены и проявляются нарушением ощущения времени и гипнагогическими галлюцинациями. Последствием употребления ЛСД могут быть как хромосомные нарушения, так и лейкемия.

Наркоманы, находящиеся в состоянии острой интоксикации галлюциногенами, в связи с выраженным возбуждением, нарушенным мышлением, галлюцинациями, бредом и, иногда, паническим страхом могут совершать различные неадекватные поступки и тяжелые правонарушения.

### ***Наркомании, обусловленные анаболическими стероидами***

Анаболические стероиды стали использоваться спортсменами в тех видах спорта, где необходимо обладание большой силой и выносливостью. Более поздние исследования установили, что применение анаболических стероидов

не ограничивается только спортсменами высокого класса. Студенты колледжей, университетов и даже ученики средних школ — далеко не все из них спортсмены — применяют данные вещества. Эти факты привели к включению анаболических андрогенных стероидов в разряд веществ, использование которых подлежит контролю.

Признаки применения стероидов: желтуха, отечность лица или конечностей, желтушность склер, повышенное кровяное давление, атрофия тестикул, гинекомастия, гирсутизм, увеличение клитора, увеличение печени, следы инъекций и гипертрофия предстательной железы.

Пациенты, применяющие стероиды, часто используют другие лекарства для сокрытия злоупотребления анаболическими стероидами и снижения выраженности их побочных эффектов. Тамоксифен (антиэстрогенный препарат) и человеческий хорионический гонадотропин помогают уменьшить выраженность гинекомастии. Спортсмены часто пытаются разбавить пробы мочи за счет приема диуретиков, таких как фуросемид (лазикс), или применяют пробенецид (бенемид), который блокирует почечную экскрецию метаболитов стероидов.

#### **Контрольные вопросы.**

1. 1. Что означает термин «наркомании»?
2. 2. Какие клинические формы наркоманий вы знаете?
3. 3. Чем характеризуется острая морфинная интоксикация?
4. 4. Как протекает абстинентный синдром при опийных наркоманиях?
5. 5. Чем выражаются наркомании препаратами конопли?
6. 6. Какова картина кокаиновой наркомании?
7. 7. Охарактеризуйте эфедриновую наркоманию.
8. 8. Что относится к галлюциногенам?
9. 9. Назовите признаки применения стероидов.

## ГЛАВА 8

### ТОКСИКОМАНИИ

#### *Общие представления*

**Токсикомании** - это хронические заболевания, возникшие в результате потребления препаратов, влияющих на психическую деятельность, но не включенных в официальный список наркотических средств, и характеризующиеся развитием психической и физической зависимости от одурманивающего средства, а также возрастающей толерантностью к нему.

Токсикомании в основном распространены среди детей, подростков и молодежи. Иногда токсикомания развивается у психически больных, которых долго лечили психотропными препаратами. В качестве одурманивающего вещества часто выступают средства бытовой химии, различные нефтепродукты и др. Психическая зависимость проявляется в болезненном влечении к употреблению одурманивающего вещества, чтобы снять психическую напряженность и получить приятное ощущение. Физическая зависимость заключается в приспособлении всех функций организма к постоянно поступающему токсичному веществу и к нарушению этих функций в случае прекращения поступления одурманивающего средства. Толерантность к токсичному веществу проявляется в быстром привыкании к нему организма, что требует постоянного увеличения принимаемой дозы.

Вызвать токсикоманию могут многие препараты и вещества. Их можно разделить на лекарственные препараты и немедицинские вещества. Среди лекарственных препаратов токсикоманию могут обусловить препараты барбитуровой кислоты, не включенные в официальный список; успокаивающие средства — транквилизаторы (элениум, седуксен, феназепам); препараты для лечения ряда нервно-психических заболеваний (циклодол), антиаллергические препараты (димедрол, пипольфен), препараты, влияющие на сосуды (эфедрин, теофедрин); средства для ингаляционного наркоза (эфир, закись азота). Не относятся к лекарственным препаратам, но могут стать причиной токсикомании толуол, бензол, ацетон, бензин, средства бытовой химии, клеи. При непрерывном приеме этих лекарств и средств возникает состояние зависимости.

Если термин «наркомания» применим к больному, злоупотребляющему веществом или лекарственным средством, которое по закону относится к группе наркотиков, то термин «токсикомания» относится к болезненному расстройству, вызываемому веществом или лекарственным средством, не признанным как наркотическое.

#### *Клинические формы*

При острой интоксикации происходит прогрессирующее ухудшение координации движений в сочетании с расторможенностью, снижением мыслительной способности, затуманенностью сознания. Внешне больные напоминают пьяных. Походка неуверенная, с пошатыванием, речь монотонная, разговор часто перескакивает с одной мысли на другую. Мимика бедная, глаза полузакрыты, губы обвисшие. В процессе злоупотребления препаратами, вызвавшими токсикоманию, изменяется личность больных. Они то беспричинно веселы; то злобны, постепенно становятся очень рассеянными, у них снижаются память и умственная работоспособность, суждения становятся примитивными. При углублении интоксикации происходит помрачение сознания, может наступить кома, которая часто заканчивается смертью. Абстинентный синдром имеет особенности при употреблении различных веществ и средств, но в его картине можно выделить общие признаки. Он развивается в среднем через 1 сут после последнего приема препарата. У больного появляются тревога, дрожание рук, нарастающая слабость, головокружение, мышечные судороги, искажение зрительного восприятия, тошнота, рвота, понос, боли в суставах, особенно в крупных, колебания артериального давления. Сон нарушен вплоть до длительной бессонницы. Нередко развивается психотическое состояние в виде делирия или галлюцинаторно-бредового психоза.

### ***Токсикомании, вызванные седативно-снотворными препаратами***

Снотворные препараты сейчас встречаются только в виде официальных препаратов, обычно таблеток. Не все снотворные препараты являются наркотиками в юридическом смысле этого слова, но все снотворные лекарства способны вызывать зависимость и могут обнаруживать свойства наркотиков.

Наиболее опасными среди современных снотворных являются производные барбитуровой кислоты (барбитураты) типа барбитала, фенобарбитала. Другие снотворные (феназепам, радедорм, реланиум, элениум, имован, дономил) при длительном употреблении или превышении рекомендованных доз могут вызвать психическую и физическую зависимость, в связи с чем больному придется постоянно и в нарастающих дозах принимать таблетки.

Наибольшее распространение из снотворных препаратов имеет реладорм. Также в последнее время в качестве средства для опьянения токсикоманы начали использовать медицинский препарат оксибутират натрия. Встречается только в виде густого бесцветного раствора с неприятным солено-горьким вкусом. При назначении седативных препаратов возникают две проблемы: суицид и зависимость. В данном случае речь идет о зависимости, появляющейся при употреблении барбитуратами, ноксироном, мепробаматом. Среди барбитуратов в первую очередь следует выделить пентобарбитал (этамилал натрия), амобарбитал (барбитал), циклобарбитал; среди других - метаквалон, мепробамат.

Производные барбитуровой кислоты впервые были использованы в 1903г. как снотворно-седативные средства. Затем их арсенал и сфера использования стали быстро расширяться, в том числе были созданы препараты для внутривенного применения. С 1940-х годов барбитураты стали все чаще использоваться психически больными (в том числе больными с депрессиями) при совершении суицидов. В ряде зарубежных стран (США, Норвегия) уже с 50-х годов появились публикации об опасности злоупотребления барбитуратами и возникновении зависимости. Пример с барбитуратами наглядно демонстрирует, как лекарственные средства могут длительное время широко назначаться врачами прежде чем станет очевидной проблема немедицинского потребления и зависимости.

При данной форме зависимости имеется много моментов, схожих с алкогольной зависимостью. И алкоголь, и барбитураты обладают некоторыми стимулирующими свойствами, но их седативный эффект более выражен. Барбитураты угнетают функцию ЦНС, кору мозга, симпатическую нервную систему, дыхательный центр, понижают обмен. Употребляются внутрь и внутривенно. Принятые внутрь, они всасываются в тонком кишечнике. При попадании в кровяное русло связываются с белками. Метаболизируются в печени, выделяются с мочой.

Для **барбитуровой интоксикации** характерны нарастающая заторможенность, сонливость, эйфория либо депрессия, лабильность аффекта, прогрессирующее ухудшение моторной координации, может быть парадоксальное двигательное возбуждение, снижение чувствительности, способности к здоровому мышлению и затуманенность сознания, дезориентация, сон, переходящий в коматозное состояние. Замедляются пульс, дыхание, перистальтика, наблюдаются гипотензия, смазанная речь, ларингоспазм, снижение активности почек, возможны боли в суставах и мышцах, сначала сужение, затем расширение зрачков, потливость, падение температуры тела, возникает опасность шока, комы. Среди неврологических нарушений при острой интоксикации: асинергия, невозможность фиксировать взгляд, стойкий горизонтальный и вертикальный нистагм, мышечная гипотония, угнетение глубоких сухожильных рефлексов. Смерть может наступить от дыхательной недостаточности, остановки сердца или отказа почек.

Состояние зависимости возникает при непрерывном употреблении препаратов в дозах, превышающих обычные терапевтические. Развивается психическая зависимость, проявляющаяся в сильном желании или потребности продолжать прием препарата, и физическая зависимость, требующая наличия в организме данного вещества для купирования «синдрома отмены препарата». Довольно быстро развивается толерантность. Однако по контрасту с толерантностью к опиатам, в данном случае существует верхний предел в величине переносимой больным дозы. Диапазон этих вариаций довольно индивидуален. Вслед за отменой барбитуратов толерантность быстро снижается, и некоторые больные даже становятся более чувствительными к препаратам, чем прежде, до начала хронической интоксикации ими. Более того, развитие толерантности к различным эффектам препаратов этой группы

происходит неодинаково. Например, толерантность к их стимулирующим свойствам может развиваться менее быстро или полно, чем толерантность к их седативному эффекту. В таком случае, при приеме постоянной дозы стимулирующий эффект может стать на какое-то время преобладающим, что вынуждает больного увеличивать дозу для достижения желаемого седативного эффекта. К определенным эффектам, проявляющимся в угнетении жизнедеятельности организма и могущим вызвать смерть, толерантность развивается в умеренной степени, перекрестная толерантность с алкоголем, бензодиазепинами, фенциклидином. В процессе хронической интоксикации барбитуратами и другими снотворными средствами возникает значительное снижение умственных способностей, эмоциональная неустойчивость, и всегда есть риск передозировки в связи с отсроченным началом действия, искаженным ощущением времени под действием препарата и относительно ограниченной толерантностью к летальной дозе. Клинические проявления барбитуромании схожи с проявлениями хронического алкоголизма.

Абстинентный синдром тяжелый и является наиболее характерной чертой токсикоманий данного типа. Он развивается в течение первых 24 ч после отмены препарата, достигает пика своей выраженности через 2-3 дня и медленно уменьшается. Комплекс симптомов, характеризующих абстинентный синдром, в порядке их появления следующий: тревога, непроизвольные мышечные подергивания, тремор рук и пальцев, прогрессирующая слабость, головокружение, искажение зрительного восприятия, тошнота, рвота, бессонница, потеря массы тела, повышение артериального давления в сочетании с постуральной гипотензией, т.е. резкое падение артериального давления при вставании, гиперактивность глубоких сухожильных рефлексов. Часто возникают развернутые генерализованные припадки, психотические состояния по типу делирия или галлюцинаторно-бредовых психозов. Судорожные припадки и психотические расстройства обычно не наблюдаются в одно и то же время, у больного может быть один или два судорожных припадка в течение первых 48 ч после отмены препарата, а психозы - на вторую или третью ночь. Галлюцинаторно-бредовые психозы напоминают шизофренические с галлюцинациями, бредом и паническими реакциями. При тяжелой физической зависимости абстинентный синдром может стать угрожающим для жизни состоянием. Поэтому при лечении барбитуромании требуется постепенная отмена препарата при условии тщательного врачебного наблюдения.

В настоящее время нет доказательств о развитии заметной физической зависимости при использовании препаратов в обычных терапевтических дозах в качестве седативных и снотворных средств. Ежедневная доза препаратов должна заметно превышать терапевтическую с тем, чтобы при ее отмене развивался абстинентный синдром. Определенная психическая зависимость появляется еще при постоянном употреблении терапевтических доз, но она, как правило, незначительна. На этом этапе прием препарата может быть прекращен без выраженных неприятных ощущений. Характерные последствия злоупотребления снотворными средствами - атаксия, дизартрия, асинергия,

нистагм, психические нарушения (сниженный уровень побуждений, потеря эмоционального контроля, интеллектуальное снижение, токсические психозы), коматозное состояние и смерть в абстинентном состоянии или от передозировки. Нарушаются межличностные связи, часты несчастные случаи и агрессия к окружающим. Изменения личности очень напоминают таковые у больных эпилепсией. Достаточно характерными психическими нарушениями при хронической интоксикации барбитуратами можно считать стойкие периоды гипоманиакального состояния с возбуждением, многоречивостью, перемежающиеся с периодами сниженного настроения, раздражительностью, тревогой и беспокойством, угрюмостью. Среди барбитуроманов наблюдается большой процент психопатических личностей с криминальными тенденциями или невротическими нарушениями в преморбиде. Для них характерна депривация в детстве, трудности в сексуальной адаптации. Таким образом, для токсикомании седативно-снотворными препаратами характерно развитие психической зависимости (часто в выраженной степени), значительной физической зависимости с тяжелым и опасным для жизни абстинентным синдромом и неравномерной толерантностью к различным фармакологическим эффектам препарата.

**Бензодиазепины.** Обычно бензодиазепины употребляют внутрь, а также внутривенно или внутримышечно. Принятые внутрь, они быстро всасываются, хорошо связываются с белками, пик концентрации в крови - через 1 ч. В течение 7-10 ч распределяются по всему организму, метаболизируются в печени, выделяются в течение 2-6 дней. Бензодиазепины оказывают влияние на ЦНС, включая вегетативную нервную систему. Бензодиазепины оказывают гипнотический и транквилизирующий эффекты, вызывают сонливость, миорелаксацию, атаксию, слабость, головокружение; в ряде случаев явления интоксикации напоминают таковые при употреблении барбитуратов. В процессе злоупотребления бензодиазепинами может возникнуть психическая зависимость; развитие толерантности происходит тем быстрее, чем слабее по своей транквилизирующей (противотревожной) активности препарат. Подобно барбитуратам, толерантность развивается в разные сроки к различным эффектам бензодиазепинов (в первую очередь к седативному, миорелаксирующему, а затем противотревожному). Она больше связана с фармакодинамическими механизмами (изменение активности рецепторов), чем с метаболическими. Имеется перекрестная толерантность с барбитуратами, алкоголем, другими седативно-гипнотическими препаратами. Бензодиазепины значительно нарушают циркадный ритм (сон-бодрствование), и при развитии толерантности возникает бессонница.

Для больных, имеющих бензодиазепиновую зависимость, характерно ночное пробуждение с невозможностью заснуть без приема очередной дозы препарата. Вопрос о развитии физической зависимости является спорным, однако, при злоупотреблении большими дозами бензодиазепинов (в течение 2-3 мес. регулярного употребления) и при их внезапной отмене описаны в ряде случаев явления «синдрома отмены» резко выраженные. Длительность таких явлений обычно соотносится с продолжительностью периода полужизни пре-

парата. Наблюдаются следующие явления абстинентного синдрома: мышечная слабость, бессонница, раздражительность, постуральная гипотензия, анорексия, мышечные подергивания, тревога, головокружение, тошнота, рвота, гипертермия. Описаны случаи психотических нарушений и припадки (при дозах не менее 80 мг диазепама (седуксен) или 250 мг хлордиазепоксида (элениум) в сутки). Абстинентный синдром начинается на 3-6 день после отмены, может продолжаться достаточно долго, особенно такие явления, как нарушения сна и раздражительность.

### ***Токсикомании при злоупотреблении летучими органическими веществами***

В последние годы регистрируются случаи, особенно среди молодежи, злоупотребления некоторыми летучими ароматическими веществами, а также другими летучими жидкостями, применяемыми в промышленности и быту. Повторное их употребление нередко формирует токсикомании.

Еще в конце прошлого века вдыхание паров эфира или добавление его в напитки было популярным в Центральной Европе, в результате чего периодически случались психозы по типу делирия. Нюхание клеев в течение некоторого времени было распространено только в США, а затем распространилось и в других странах. Используются различные органические растворители, содержащие карбонтетрахлорид. Среди подростков наблюдается злоупотребление летучими веществами, не относящимися к наркотическим, но способными вызывать зависимость. В дальнейшем такие лица часто становятся наркоманами, т.е. переходят на злоупотребление наркотическими препаратами.

Речь идет об ингаляционных анестетиках типа эфира, хлороформа, закиси азота, а также о летучих органических растворителях - ацетоне, бензоле, перхлорэтилене. Эти вещества оказывают угнетающее действие на ЦНС и вызывают эффекты, которые возникают при употреблении алкоголя, хотя симптомы интоксикации в зависимости от принимаемого средства варьируют. В начале интоксикации может возникать состояние неадекватной веселости, затем развивается делирий, спутанность сознания, дезориентировка и атаксия. Поведение гложет напоминать то, которое бывает в состоянии алкогольного опьянения. Ряд веществ может вызывать галлюцинации, бредовые расстройства, значительную потерю самоконтроля. При увеличении доз могут развиваться судорожные припадки, коматозное состояние и смерть (часто от некроза почек и печени). Могут возникать тяжелые поражения печени и почек, других органов и систем организма. В процессе ингаляции токсических веществ возможна потеря сознания и смерть от удушья.

Психическая зависимость при данной форме токсикомании может достигать значительной степени, наблюдается переход от группового потребления к индивидуальному; при употреблении ряда летучих токсических веществ развивается также определенная толерантность. В редких случаях может возникнуть и физическая зависимость, проявляющаяся в психотических эпизодах по типу делирия после резкого прекращения употребления веществ данного типа.

Злоупотребление летучими веществами может привести к очень тяжелым соматопсихическим последствиям; задержке психического и физического развития, эмоциональной неустойчивости, значительному интеллектуальному и волевому снижению, грубым поведенческим расстройствам, вплоть до развития выраженного органического поражения ЦНС (токсическая энцефалопатия). Может развиваться токсический гепатит, миокардиодистрофия, стойкая мышечная слабость. Длительные токсикомании от летучих химических веществ сказываются на социальном поведении человека.

### ***Токсикомании, обусловленные злоупотреблением стимуляторов***

Амфетамин-сульфат (фенамин) был введен в клиническую практику в 1935 г., когда было обнаружено, что, помимо симпатомиметического действия, известного более 20 лет, он оказывает значительный стимулирующий эффект. Первое клиническое применение - при нарколепсии (1935), так как он предотвращает сонливость. Способность амфетаминов и препаратов со схожим фармакологическим действием (метилфенидатритамин, центедрин) поднимать настроение, преодолевать апатию, усталость и вызывать субъективное ощущение хорошего самочувствия, возможно, является основной причиной для их ранее широко распространенного, а теперь ограниченного медицинского применения в качестве стимуляторов и средств для подавления аппетита.

Амфетамины употребляются внутрь или внутривенно, распределяются по всему организму и легко проникают через гематоэнцефалический барьер. Они метаболизируются в печени. Метаболиты выводятся с мочой. Главным действием является усиление деятельности симпатической нервной системы.

Симптомы острой интоксикации амфетаминами и амфетаминоподобными веществами включают: поведенческие эффекты. В начале действия возникают транзиторные ощущения притока энергии, веселость, оживление, многоречивость, по мере нарастания уровня препаратов в крови усиливается возбуждение, гиперактивность. Могут наблюдаться раздражительность, беспокойство, тревога, агрессивное поведение, стремление все время находиться в движении, повышенная общительность, повторяющиеся стереотипное поведение, панические реакции, самоуверенность, явная переоценка собственных сил и возможностей, бессонница; соматические признаки и нарушения характеризуются усиленным физиологическим тремором, гиперрефлексией, повышенной потливостью, повышением артериального давления от средних показателей до высоких, расширенными, но реагирующими зрачками, ознобом, учащенным дыханием, повышением температуры тела, головокружением, сердечными аритмиями, в том числе преждевременным сокращением желудочков сердца, потерей аппетита. При очень высоких дозах - судороги, кома, сердечно-сосудистый коллапс, угнетение дыхания и смерть. Летальная доза амфетаминов у взрослых - 25 мг/кг. Кроме того, при приеме (кратковременном, иногда одно-двукратном) высоких и очень высоких доз могут возникать острые интоксикационные психозы:

расстройства сознания, зрительные и тактильные галлюцинации, напряженность, страх, двигательное беспокойство, агитация, наблюдаются подозрительность и острые бредовые идеи.

При непрерывном и продолжительном употреблении амфетаминов в терапевтических или других целях могут возникать выраженные в различной степени явления психической зависимости. Стимулирующий и эйфорический эффекты препаратов данной группы приводят к их немедицинскому потреблению, при этом может увеличиваться доза и частота введения с целью достижения стимуляции и состояния приподнятого настроения. Психотоксические эффекты больших доз препаратов амфетаминового типа могут вызывать агрессивность и опасное антисоциальное поведение. По своим качественным характеристикам их действие на психику во многих проявлениях схоже с эффектами, вызываемыми кокаином. Большие дозы, особенно принятые внутривенно, вызывают не только выраженную эйфорию и возбуждение, но также и значительную стимуляцию и нарушение психической деятельности, что может обусловить серьезное антисоциальное поведение.

Психическая зависимость бывает сильной и возникает очень быстро. Характерной чертой препаратов данного типа является развивающаяся к ним толерантность в ряде случаев до 700 мг/дн и более, без физических нарушений и гипертензии. Хотя толерантность сначала растет медленно при употреблении препаратов в дозах, близких к терапевтическим, в последующем она достигает таких выраженных степеней, что наркоманы применяют стимуляторы в дозах, в несколько сот раз превышающих терапевтические. При начале злоупотребления сразу с высоких доз толерантность возрастает очень быстро. Развивающаяся толерантность в первую очередь касается эйфорических эффектов амфетаминов, для чего требуется постоянно наращивать дозы, в то время как бессонница и возбуждение продолжают сохраняться при прежних дозах. При длительном злоупотреблении амфетаминами могут возникать шизофреноподобные затяжные или хронические галлюцинаторно-бредовые психозы с поведенческими расстройствами, галлюцинациями, бредом. Хотя при данной форме токсикомании развивается незначительная физическая зависимость, было бы неправильно утверждать, что отмена больших доз амфетаминов проходит бессимптомно или малозаметно. При резкой отмене могут возникать: острая депрессия, усталость, сонливость, повышенная утомляемость, невыраженные соматовегетативные нарушения, повышенный аппетит.

У детей, матери которых в период беременности злоупотребляли амфетаминами, при рождении часто наблюдаются следующие нарушения: повышенная потливость, беспокойство, гипогликемия, тремор, припадки; повышается риск врожденных дефектов (врожденный вывих).

Стимуляторы часто маскируют хроническую усталость, недосыпание, депрессию, поэтому их внезапная отмена обычно вызывает проявление данных симптомов в усиленной степени, что может служить стимулом к возобновлению приема препаратов. Это следует учитывать с тем, чтобы своевременно назначать таким больным соответствующее лечение.

Необходимо помнить, что состояние, наблюдающееся при отмене стимуляторов, несравнимо по тяжести с абстинентным синдромом при отмене опиатов или барбитуратов. Само по себе оно не опасно для жизни и соматических функций организма, однако, развитие острой депрессивной реакции может обусловить попытку самоубийства. Обобщая выше сказанное, можно сделать вывод, что для данной формы токсикомании характерно быстрое развитие психической зависимости, иногда очень интенсивной, возникновение выраженной толерантности и психотоксических эффектов при приеме больших доз препаратов в виде галлюцинаций и бредовых идей. Хроническая интоксикация приводит к общему истощению, заметному падению массы тела, вегетососудистым нарушениям, патологическому развитию личности.

### ***Токсикомании при злоупотреблении галлюциногенами***

В ряде случаев больные наркоманиями на начальных этапах формирования заболевания, а также в качестве заместительных средств используют различные психоактивные препараты, которые также вызывают явления зависимости и заметные соматопсихические нарушения, однако не относятся к наркотическим. К ним можно отнести некоторые центральные холинолитики, использующиеся в качестве корректоров в процессе нейролептической терапии психически больных. Из них наиболее серьезным является немедицинское потребление циклодола. Превышение его терапевтической дозы может приводить к изменению настроения, а большие дозы вызывают иногда психотические состояния: нарушение сознания с грубой дезориентировкой, галлюцинаторной (галлюцинаторно-бредовой) симптоматикой, выраженным психомоторным возбуждением. В процессе систематического злоупотребления циклодолом развивается зависимость. Характерные картины циклодолового опьянения: оглушение сознания, заторможенность, видения устрашающего характера, «бегающие» глаза, испуганный вид, резко расширенные зрачки, учащенное дыхание, иногда подергивания отдельных мышц. Патогномоничным симптомом при данном интоксикационном психозе является расширение зрачков (атропиноподобное действие). Длительность психоза около 2 дней (при массивной дезинтоксикационной, седативной, симптоматической терапии).

Последствиями циклодоловой токсикомании являются тяжелые органические поражения ЦНС, сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

#### **Контрольные вопросы.**

1. 1. Что такое токсикомании?
2. 2. Какие клинические формы токсикоманий вы знаете?
3. 3. В чем заключаются токсикомании седативно-снотворными средствами?
4. 4. Назовите признаки токсикоманий летучими органическими соединениями.
5. 5. Чем выражается острая интоксикация стимуляторами?

6. 6. Дайте характеристику циклодолового опьянения.

## ГЛАВА 9

### ПОЛИНАРКОМАНИИ И ПОЛИТОКСИКОМАНИИ

#### *Общие понятия и терминология*

Терминами полинаркомания и политоксикомания иногда необоснованно пользуются довольно широко. При этом достаточно бывает узнать, что лицо испробовало действие двух или более наркотических или ненаркотических токсических веществ, чтобы поставить подобный диагноз, а наличие зависимости не всегда учитывалось. Однако, как показали дальнейшие исследования, необходимо четко отграничивать понятия «полинаркомания» и «политоксикомания». Переход от одного наркотика к другому, от одного токсического вещества к другому было предложено рассматривать не как полинаркоманию или политоксикоманию, а как трансформацию одного вида в другой. Разделение полинаркоманий и политоксикоманий было осуществлено на юридическом принципе—на основании того, включены ли вещества, которыми злоупотребляют, в официальный список наркотиков. Полинаркомании включили случаи одновременного употребления двух и более наркотиков, политоксикоманий—двух и более ненаркотических токсических веществ. Случаи, когда одно вещество, которым злоупотребляют, включено в список наркотиков, а другое—нет, было предложено называть «осложненными наркоманиями».

Диагноз «полинаркомания» должен базироваться не только на злоупотреблении двумя и более наркотиками, но и на наличии зависимости, особенно от их совместного применения (например, сочетание препаратов опия с ноксироном, кокаина с курением гашиша или марихуаны). Политоксикомания как диагноз должна свидетельствовать о наличии зависимости от двух или более ненаркотических токсических веществ.

У взрослых полинаркомания, как правило, развивается вслед за мононаркоманией; она становится результатом утраты эйфоризирующего действия привычного наркотика — в итоге появляется «сочетанная зависимость». Достоверной для диагностики полинаркоманий является только физическая зависимость. Оценка же психической зависимости, изменения толерантности или картины опьянения к новому наркотику, дополняющему прежний, крайне затруднены. Толерантность и картина опьянения могут оказаться изначально измененными вследствие нарушенной реактивности из-за употребления прежнего наркотика или иного токсического вещества.

Диагностика полинаркоманий и политоксикоманий наиболее убедительна во время абстиненции, когда в ее картине сочетаются признаки зависимости от разных веществ. Примером может послужить сочетание мышечных болей, тризма челюстей, слюно- и слезотечения, характерных для абстиненции при опийных наркоманиях, с крупным мышечным тремором, свойственным алкогольной абстиненции. Однако в подростковом возрасте подобные картины

представляются редкостью: физическая зависимость к двум и более веществам не успевает развиваться. Поэтому диагноз полинаркомании и политоксикоманий в подростковом возрасте следует считать правомерным и возможным на I стадии — при наличии только психической зависимости.

Наиболее убедительным признаком в этих случаях будет влечение к употреблению двух веществ, особенно к их сочетанному применению. Примером могут послужить курение гашиша как насущная надобность после внутривенного вливания опиатов при полинаркомании и сочетание алкоголя с димедролом при токсикомании. Истинные полинаркомании и политоксикомании среди общего числа подростков составили 23 %.

Для случаев злоупотребления двумя и более наркотическими и другими токсическими средствами, когда еще не возникла зависимость от них, чтобы отличить их от сформировавшихся полинаркоманий и политоксикоманий, были предложены различные названия: «изначальный подростковый полинаркотизм», «polydrug use», «multiple drug use», «первичный поисковый полинаркотизм». Все эти термины обозначают употребление нескольких средств.

Для подростков характерен именно первичный поисковый полинаркотизм — они нередко пробуют действие различных токсических веществ прежде, чем остановиться на предпочитаемом или отвергнуть аддиктивное поведение вовсе.

Как наиболее частое у больных отмечено сочетание злоупотребления алкоголя с различными наркотическими и другими токсическими веществами, в особенности со средствами бытовой химии, а также кодеина с ноксироном или опия с гашишем. Особенно характерной считается определенная последовательность злоупотребления, когда одно средство наслаивается на другое: за алкоголем следует гашиш, за ней — героин или галлюциногены.

Вероятно, наиболее правильным обозначением для злоупотребления различными веществами без зависимости от них могло бы быть «полисубстантное аддиктивное поведение». Полинаркотизм созвучен терминам, обозначающим наличие зависимости (алкоголизм, морфинизм). Кроме того, полинаркотизм неточно обозначают случаи злоупотребления двумя и более веществами, не включенными в список наркотиков.

Злоупотребление двумя и более средствами может быть на фоне уже ранее сформировавшейся монаркомании или монотоксикомании. Кроме основного средства для злоупотребления, к другим прибегают эпизодически или одно новое сменяет другое. Первичный поисковый полинаркотизм может продолжаться и на фоне уже сформировавшейся зависимости от какого-либо средства. Мотивировкой служат доводы вроде «решил попробовать», «ребята предложили». Заместительное злоупотребление осуществляется, когда при наличии зависимости от одного вещества нет возможности раздобыть «очередную дозу» и вынужден прибегнуть к другому средству. Например, при невозможности достать препараты опия прибегают к большим дозам транквилизаторов или к алкоголю.

Особенностью действия алкоголя на фоне опийной абстиненции является смягчение ее вегетативных проявлений (насморка, слезотечения, поноса, болей

в животе, подъема артериального давления) при сохранении мышечных болей и дисфории. Трансформация наркомании и токсикоманий представляет собой переход от одного наркотика или иного токсического вещества к другому с целью испытать новые, более сильные ощущения. При этом обычно одна зависимость быстро сменяется другой. Например, больной, пристрастившийся к курению гашиша, начав внутривенные вливания препаратов опия, может полностью забросить гашиш. Все подобные случаи не следует рассматривать как истинные полинаркомании или политоксикомании.

Прогрессирование злоупотребления сводится к применению дополнительных средств, усиливающих действие основного. Например, алкогольное опьянение усиливают добавлением димедрола или транквилизаторов, а действие опиных препаратов усиливалось и пролонгировалось с помощью ноксирона.

Наиболее распространенные формы сочетания наркотиков и токсических веществ может быть представлена следующим образом:

- • героин+гашиш
- • героин + транквилизаторы
- • героин + гашиш + транквилизаторы
- • героин +эфедрон
- • гашиш+транквилизаторы
- • гашиш + галлюциногены
- • другие сочетания

Выделено три основных паттерна употребления опиатов, психостимуляторов и других психоактивных веществ, при которых у больных полинаркоманией наблюдается зависимость:

1. Сочетанное употребление – одномоментное введение двух и более наркотиков или применение следующего наркотика в состоянии интоксикации предыдущим.

2. Перемежающееся употребление – применение следующего наркотика сразу по окончании действия предыдущего.

3. Периодическое употребление – чередование периодов применения разных наркотических средств или их сочетаний.

### **Контрольные вопросы.**

1. 1. Что такое полинаркомания?
2. 2. Как вы понимаете термин «политоксикомания»?
3. 3. Как протекает абстинентный синдром при полинаркоманиях?
4. 4. В чем выражаются особенности полинаркоманий и политоксикоманий у подростков?
5. 5. Какие сочетания наркотиков и токсических веществ вы знаете?

## ГЛАВА 10

### СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Отравление этиловым спиртом (этанолом) встречается в каждом пятом случае среди других отравлений, а в отдельные годы значительно чаще. Кроме того, встречаются смертельные отравления и суррогатами этанола. Следует обратить внимание на то, что алкогольное опьянение играет роковую роль, являясь способствующим фактором в наступлении смерти при сердечно-сосудистых и других заболеваниях. Известен социальный вред пьянства в наступлении насильственной смерти: при различных видах травматизма и асфиксии, действии низкой температуры, а также в развитии алкоголизма.

Известно, что лицо, совершившее преступление в состоянии опьянения, не освобождается от уголовной ответственности и даже несет повышенную ответственность. Поэтому во всех случаях судебно-медицинской экспертизы трупов, а в ряде случаев и при экспертизе живых лиц, устанавливается количество алкоголя в организме. В связи с различными факторами не может быть четко разграниченных единых критериев оценки функциональных изменений для определения концентрации этилового алкоголя в крови.

Диагностика острого отравления этанолом обычно основана на результатах судебно-химического исследования крови и мочи. Кровь рекомендуется получать только из периферических вен (бедренной или плечевой) или из пазухи твердой мозговой оболочки. Распределение алкоголя в организме неравномерно и зависит от процентного содержания воды. Для оценки алкогольной интоксикации, кроме образцов крови и мочи, иногда необходимо брать ликвор (спинномозговую жидкость) из люмбальной или большой цистерны при положении трупа на боку, или стекловидное тело глаза путем отсасывания шприцем. Это особенно важно, когда в крови и моче выражены процессы спиртового брожения под влиянием глюкозы, которые в ликворе и стекловидном теле практически отсутствуют даже при развитии гниения. При наличии кровоизлияний целесообразно брать сверток крови отдельно, а при получении результата иметь в виду, что алкоголя в нем в 1,2 раза меньше, чем в остальной крови.

Лица, страдающие наркоманией и токсикоманией, признаются виновными в отношении совершенных ими противоправных действий и дееспособными при осуществлении своих гражданских прав. Исключения составляют те случаи, когда наркоманы или токсикоманы совершили общественно опасные деяния, находясь в психотическом состоянии. В случае установления этого факта обвиняемые (подозреваемые) признаются невменяемыми и к ним могут быть применены принудительные меры медицинского характера. Их гражданские акты и сделки не имеют юридической силы. Над больными устанавливается опека.

Наркоманы, осужденные за преступления, совершенные в состоянии вменяемости, подлежат принудительному лечению по месту отбывания наказания. Экспертиза дееспособности наркоманов может быть весьма сложна. Поскольку наркомания вызывает не только изменения психики больного, но и осложнения в его семье, в быту, на производстве, закон предусматривает возможность ограничения дееспособности больного в области имущественных сделок и распоряжений. Над этими лицами по решению суда устанавливается попечительство. Люди с ограниченной дееспособностью имеют право совершать лишь мелкие сделки. При излечении от наркомании ограничение дееспособности отменяется в судебном порядке. Кроме ограничения дееспособности, к наркоманам могут быть применены такие меры, как лишение родительских прав и др.

Какие же вопросы вменяемости решаются в наркологической практике? Статья 19 Уголовного кодекса РУз, которая называется «Ответственность за преступление, совершенное в состоянии опьянения», гласит: «Лицо, совершившее преступление в состоянии алкогольного опьянения или под воздействием наркотических средств, психотропных или других веществ, влияющих на интеллектуально-волевую деятельность не освобождается от ответственности. Такое состояние не может являться основанием для признания лица невменяемым». Приведенную статью надо понимать таким образом, что человек приводит себя в состояние опьянения добровольно, заранее предполагая и соглашаясь со всеми последствиями, связанными с этим состоянием. Больше того, он может отдавать отчет в своих действиях и руководить ими. Иначе говоря, лица, совершившие преступления в состоянии обычного алкогольного опьянения, даже утяжеленного, с возможной амнезией на отдельные моменты, признаются вменяемыми.

Определенные трудности возникают при атипичном течении алкогольного опьянения у лиц с остаточными явлениями вследствие черепно-мозговых травм при совершении ими противоправных действий. Анализ этих случаев показывает, что у испытуемых отсутствуют грубые нарушения психической деятельности. По-видимому, такая атипичность обусловлена аффективно-волевыми нарушениями. При значительной выраженности остаточных явлений отмечается относительная независимость поведения от внешних обстоятельств, что следует расценивать как более выраженную неполноценность ЦНС у этих людей, хотя изменения личности не играют существенной роли при совершении правонарушения. Таким образом, лица с диагнозом алкоголизм оказываются вменяемыми. Редко, при глубоком слабоумии, они могут быть признаны невменяемыми.

Лица, находящиеся в момент совершения правонарушения в состоянии алкогольного психоза (алкогольный делирий), галлюциноза (острого, хронического) или корсаковского психоза, дипсомании или патологического опьянения, признаются невменяемыми. В этих случаях судом назначается принудительное лечение (ст.18 УК РУз).

В судебно-психиатрической практике при совершении правонарушения определенную роль играет присоединение к алкоголизму психогенных

(обусловленных психической травмой) факторов, осложняющих и утяжеляющих течение основного заболевания. Кратковременное влияние такого фактора на острое алкогольное опьянение видоизменяет картину последнего, в которой начинают преобладать аффективные реакции, особенно у эксплозивных личностей, что проявляется в однотипных, повторных агрессивных действиях, направленных «мимо психогенного фактора». В этих случаях заметно не меняется сама структура алкогольного опьянения и в экспертной оценке следует исходить из признания таких лиц вменяемыми (ст. 19 УК РУз).

Длительная психогенная ситуация в картину алкогольного опьянения вносит эмоциональную напряженность, заострение индивидуальных свойств личности. Однако экспертные вопросы решаются в этих случаях аналогично предыдущему варианту.

При наличии развивающихся после совершения преступления, на фоне алкоголизма, реактивных состояний возникает вопрос о временном помещении обследуемого на лечение в психиатрическую больницу, до выхода из болезненного состояния. Поскольку реактивные состояния носят временный характер, то этих людей освобождать от дальнейшего наказания по болезни нельзя. При направлении лиц, совершивших преступление на почве алкоголизма, осложненного психогенией, в места лишения свободы целесообразно назначать им принудительное лечение. После отбытия срока и проведения антиалкогольного лечения целесообразно ставить перед судом вопрос о применении к этим лицам статьи 291 Гражданского кодекса РУз об ограничении дееспособности.

Судебно-психиатрическая экспертиза алкогольных психозов бывает очень трудной, ответственной, так как психопатологической симптоматики в момент проведения экспертизы уже может и не быть, а также потому, что некоторые пытаются симулировать старые переживания, т.е. используют прошлый опыт, иные утрируют имеющиеся психотические эпизоды. Следует помнить, что алкогольный делирий может наступить уже в тюрьме после совершенного преступления в период синдрома на этапе предварительного заключения.

Лица, страдающие наркоманией и токсикоманией, чаще всего совершают преступления, связанные с добыванием наркотиков или средств, необходимых для их приобретения. В подавляющем большинстве случаев они признаются вменяемыми ст.19 УК РУз), изредка при психотических расстройствах могут быть невменяемыми.

Судебно-психиатрическим экспертам приходится решать вопросы о психическом состоянии лиц, страдающих алкоголизмом или наркоманией и участвовавших в различных гражданско-правовых актах. Нередко перед экспертами возникает вопрос об определении дееспособности наркомана или больных алкоголизмом. Лицо, страдающее алкоголизмом, наркоман или токсикоман могут быть признаны недееспособными на общих основаниях. Согласно статье 295 Гражданского Кодекса РУз, которая гласит: «Решение суда, которым гражданин признан ограниченно дееспособным или недееспособным, является основанием для назначения органом опеки и

попечительства ограниченно дееспособному – попечителя, а недееспособному – опекуна» над ним может быть установлена опека.

В тех случаях, когда у исследуемого имеется, помимо алкоголизма или наркомании, какое-то иное психическое заболевание (шизофрения, эпилепсия), то дееспособность устанавливается в зависимости от глубины психотического состояния, обусловленного основным заболеванием.

Законодательство устанавливает также особую возможность ограничения дееспособности граждан, злоупотребляющих спиртными напитками или наркотическими веществами и вследствие злоупотребления спиртными напитками или наркотическими веществами, ставящих свою семью в тяжелое материальное положение. Над такими лицами в соответствии со статьей 295 Гражданского кодекса РФ устанавливается попечительство. Они могут совершать сделки по распоряжению имуществом, получать заработную плату, пенсию или иные виды доходов и распоряжаться ими лишь с согласия попечителя, за исключением совершения мелких бытовых сделок. Для установления попечительства над ограниченными в дееспособности гражданами медицинские комиссии должны определить стадию алкоголизма, наличие психотического состояния или степень изменения личности, связанных со злоупотреблением алкоголем или наркотическими веществами. Затем в законном порядке этот вопрос решает суд, а попечителей или опекунов назначают специальные комиссии. При прекращении указанным лицом злоупотребления спиртными напитками или наркотическими веществами суд отменяет ограничение его дееспособности. На основании решения суда отменяется также установленное над ним попечительство (ст. 296 ГК РФ).

### **Заболевание наркоманией и токсикоманией при установлении тяжести вреда здоровью**

Согласно «Правилам судебно-медицинского определения тяжести вреда здоровью», повреждение следует относить к тяжким, если в результате его нанесения у пострадавшего развилось психическое заболевание и наблюдаются стойкие изменения личности. Остро возникающие и проходящие реактивные состояния и психозы, связанные с травмой или ситуацией, не относят к тяжким, их следует квалифицировать в зависимости от продолжительности расстройства здоровья. Экспертиза проводится комиссией с участием психиатра, и в ходе ее проведения должны быть установлены характер повреждения, наличие психического расстройства и адекватность травмы наступившим последствиям, что позволяет определить прямую причинную связь между травмой и психическим расстройством.

Что касается таких критериев тяжкого вреда здоровью, как **заболевание наркоманией и токсикоманией**» то они требуют участия специалистов (наркологов) и установления прямой связи между повреждением и имеющимися последствиями.

**Контрольные вопросы.**

1. Как проводится судебно-медицинская экспертиза наркоманий и токсикоманий?
2. Как проводится судебно-медицинская экспертиза полинаркоманий и политоксикоманий?

## **ЧАСТЬ IV**

### **СУДЕБНАЯ СЕКСОЛОГИЯ**

Первая половина XX века ознаменовалась значительным расцветом нового научного направления – сексологии. Это было связано с рядом значительных теоретических и клинических сексологических исследований, выпуском большого числа работ в этой области. Наряду с общей сексологией получило дальнейшее развитие судебная сексология, имеющая большое прикладное значение.

Довольно продолжительный период – 30-60-е годы это научное направление было в загоне, подвергалось неофициальным гонениям. Однако благодаря усилиям медиков-энтузиастов это научное направление неуклонно развивалось, хотя и было замаскировано под различные специальности: урологические, гинекологические, психиатрические. Сексология, в том числе и ее клинический раздел — сексопатология, и в настоящее время не имеют самостоятельного места в клинической практике, а также в системе медицинского образования. Однако выпущенная литература малотиражна и посвящена, как правило, рассмотрению отдельных вопросов, рассчитана на узкий круг специалистов. Широкое же распространение среди врачей и юристов судебно-сексологических знаний является насущной необходимостью.

Опубликованные в центральной печати статистические данные о сексуальной преступности и ее динамике создают настоятельную необходимость в острой потребности в судебно-сексологических знаниях. Содержащиеся в этой сводке количественные характеристики только одного из видов сексуальной преступности — изнасилования — более чем впечатляющие. И это с учетом того, что, по данным многочисленных специальных исследований, жертвы сексуальных преступлений обращаются в правоохранительные органы в 25—60% случаев от истинного количества преступлений данного вида.

Данный учебник в доступной форме позволит не только студентам юридических и медицинских вузов, но и широкому кругу практикующих медиков и юристов – работников дознания, следствия, суда и прокуратуры, запастись определенным базисом необходимых знаний для восприятия специальными судебно-сексологическими знаниями. Естественно, данный учебник не относится к научно-популярным и не предназначается для «широкой общественности», так как неподготовленный читатель не привык к открытому освещению столь интимной сферы человеческой жизни и людских взаимоотношений, и в этой связи многие положения в учебнике могут вызвать у него непонимание.

Судебная сексология — молодая отрасль науки. Длительное время и по настоящий день она не имеет самостоятельного места и рассматривалась в качестве одного из разделов судебной психиатрии. В последние годы произошло становление на междисциплинарной основе самостоятельной

отрасли науки — сексологии. Развивающееся правовое направление сексологии — судебная сексология, не порывая тесной связи с материнской дисциплиной, постепенно приобретает все более самостоятельный характер. В первую очередь это объясняется возрастающими потребностями правосудия в использовании специальных сексологических знаний для решения ряда юридических вопросов. В определенной мере обособлению судебной сексологии способствует и развитие тесно с ней взаимосвязанных отраслей знания — психиатрии, психологии, криминологии и криминалистики.

Специалисты-сексологи все чаще привлекаются в качестве судебных экспертов для дачи заключения по уголовным делам в связи с расследованием сексуальных преступлений, а в ряде случаев и по некоторым гражданским делам. В связи с этим для дачи судебно-сексологического заключения помимо специалистов-сексологов в качестве экспертов часто привлекаются врачи других специальностей, например, урологи, гинекологи. Это положение объясняется не только нехваткой сексологов, но и имеющимся во многих странах процессуальным положением, в соответствии с которым в качестве эксперта может быть вызвано любое лицо, обладающее необходимыми познаниями для дачи заключения, а не только узкий специалист в этой области знания. Однако, по нашему глубокому убеждению, оптимальным следует признать привлечение для дачи судебно-сексологического заключения в качестве экспертов именно специалистов-сексологов.

## ГЛАВА 1

### СЕКСУАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ

Само понятие «сексуальные нарушения» (или «сексуальные расстройства») недостаточно конкретно и в общих чертах обозначает наличие каких-либо отклонений от так называемой «сексуальной нормы». Понятие «сексуальные нарушения» — собирательное и охватывает весьма различные формы сексуального поведения и разнообразные виды сексуальной патологии — от пограничного с нормальным преходящих расстройств сексуальных функций до стойких сексуальных перверсий и тяжелой сексуальной патологии на органическом фоне. При этом надо учитывать, что в сексологии сами критерии нормы и патологии крайне противоречивы. Следует признать, что к сексуальной патологии, безусловно, относятся такие сексуальные потребности и отношения, а также такое сексуальное поведение, которые предусматривают сексуальное партнерство (как выбор сексуального партнера, так и совместную с ним половую жизнь).

#### *Классификация сексуальных расстройств*

В литературе приводятся разнообразные классификации сексуальных нарушений. Большинство авторов подразделяет сексуальные нарушения на следующие группы: количественные нарушения сексуальных потребностей, качественные нарушения сексуальных потребностей, нарушения комплекса сексуальной готовности, нарушения оргазма, нарушения сексуальной удовлетворенности.

Оригинальную классификацию сексуальных расстройств предложил Имелинский. Он различает индивидуальные сексуальные дисфункции, сексуальные дисфункции в партнерской паре, сексуальные девиации и симптоматические сексуальные дисфункции и девиации. Широко используемая врачами всего мира (в том числе и психиатрами) Международная классификация болезней объединяет все сексуальные расстройства в один небольшой раздел, вне зависимости от их этиологии и патогенеза.

Кроме трудностей в определении критериев нормы и патологии в создании классификации сексуальных расстройств существует проблема разработки международной адекватной сексологической терминологии. Существующие сексологические термины зачастую неконкретны и малоспецифичны так же, как и общепризнанные и широко употребляемые сексологами понятия. Например, под понятием «нарушение эрекции» подразумеваются различные по этиологии и патогенезу страдания — это может быть и эпизодическая реакция у вполне potentного мужчины (например, временно возникающая при налаживании сексуального контакта с новой или первой в жизни сексуальной партнершей). Это может быть и нарушение, обусловленное не сексуальными причинами, а длительным хроническим

заболеванием внутренних органов (к примеру, сахарным диабетом) или многолетним, не имеющим прямого отношения к сексуальной сфере, психоневрологическим расстройством (депрессивным состоянием, страхом, нарушениями сна). То же самое можно сказать и о других видах сексуальных расстройств, именуемых сексуальными дисфункциями.

Классификация сексуальных расстройств должна учитывать три классификационных категорий — симптома, нервной реакции и синдрома. Симптом (признак) представляет собой отклонение от нормального течения сексуальной функции или сексуальной деятельности. Он может быть результатом как функциональных, так и органических (соматических) расстройств или расстройств психической деятельности. В свою очередь названные расстройства могут быть следствием различных причин (в том числе последствием употребления лекарственных и токсических препаратов). Нервная реакция — это преходящее, чаще ситуационно обусловленное, расстройство сексуальной способности либо сексуальных переживаний, характеризующееся кратковременным течением. Оно связано со стрессовой ситуацией или попыткой осуществления сексуальных действий в условиях, затрудняющих или исключающих их нормальное течение. Нервная реакция довольно типична для следующих ситуаций: попытка полового акта после длительного сексуального воздержания; попытка полового акта с новой сексуальной партнершей (с сексуальной точки зрения чаще всего вызывающей чувство опасности); стремление продемонстрировать партнерше свою «сексуальную силу». Факторами, препятствующими нормальному осуществлению сексуальных действий, могут быть и недостаточно интимная обстановка, сексуально или эмоционально непривычное поведение партнерши. Синдром (комплекс) — это длительное сексуальное нарушение, нарастающее во времени и состоящее из постоянных (как типичных, так и сопутствующих) симптомов. Например, симптом неполной эрекции сосуществует с другими симптомами, обусловленными этим явлением, выражающимися в психических расстройствах у мужчины, переживающего свою неудачу в сексуальной жизни. Каждое сексуальное расстройство может выступать в роли симптома, нервной реакции или синдрома. Руководствуясь изложенными принципами, учеными была разработана классификация сексуальных нарушений.

### ***Классификация сексуальных нарушений***

#### **1. Расстройства сексуальных потребностей:**

***А. Нарушения либидо*** – гиполибидомия, гиперлибидомия

***Б. Препятствия в реализации сексуальных потребностей:***

сексуальные комплексы, партнерские сексуальные проблемы, патологическая ревность, синдром провоцируемой измены, сексуальные состояния страха, сексуальные фобии, острые сексуальные состояния страха, культурно обусловленные сексуальные состояния страха, синдром околосонных сексуальных иллюзий, синдром Кехрера.

***В. Преддисфункциональный синдром***

## **2. Нарушения течения сексуальной жизни:**

### **А. У мужчин:**

нарушения эрекции, неполная эрекция, отсутствие эрекции, нарушения эякуляции, чересчур преждевременная эякуляция, преждевременная эякуляция, слишком ранняя эякуляция, задержка, эякуляции, отсутствие эякуляции, сперматорея, болезненная эякуляция, эякуляция без оргазма, эякуляторный рефлекс («эякуляция без эякуляции»).

### **Б. У женщин:**

нарушение комплекса сексуальной готовности, вагинизм, фригидность.

### **В. У мужчин и женщин:**

комплекс сексуальной неприспособленности, непорочное супружество (виргогамия), сексуальная аверсия, диспареуния, сексуальная анестезия

## **3. Нарушения оргазма:**

А. Синдром мнимой аноргазмии

Б. Аноргазмия

В. Диссоциация оргазма

Г. Оргазм без эрекции

**Нетипичные сексуальные отклонения:** патологический аутоэротизм, орализм, анализм, гомосексуализм, бисексуализм, инцест, сексуальное насилие, проституция

**Нарушения половой аутоидентификации:** транссексуализм, синдром неразличения сексуального объекта

## ***Девииантные тенденции***

### **Сексуальные девиации:**

#### ***А. По объекту сексуального влечения:***

фетишизм, пигмалионизм, нарциссизм, аутомоносексуализм, апотемнофилия, гетерохромофилия, ретицизм, экскрементофилия, некрофилия, трансвестизм, цисвестизм, гомесвестизм, педофилия, геронтофилия, зоофилия.

#### ***Б. По способу реализации сексуальных потребностей:***

садизм, вампиризм, флагелляция, салиромания, мазохизм, танатофилия, эксгибиционизм, айдаулезизм, фроттаж, вуайеризм, апотемнофилия, клизмофилия.

#### ***В. Сложные сексуальные девиации.***

В случаях сексуальных девиаций мы чаще имеем дело с симптомом (например, психического заболевания) или с синдромом. Сексуальная девиация может быть проявлением и нервной реакции, вызванной, например, определенной позой сексуального партнера в процессе совершения полового акта.

## ***Причины возникновения сексуальных нарушений***

Долгое время в западной медицине господствовало мнение о том, что почти в 90% случаев такие сексуальные расстройства, как нарушения либидо, течение половой жизни, сексуальных потребностей и оргазма, обусловлены функциональными нервными расстройствами. По мере развития сексологии и пограничных ей дисциплин, благодаря совершенствованию знаний об этиопатогенезе различных заболеваний и методов диагностики (особенно методов лабораторной и аппаратной диагностики), было установлено, что многие сексуальные нарушения, считавшиеся ранее функциональными, на самом деле имеют органическую природу. Тем не менее большинство сексологов считают, что функциональными причинами обусловлено не менее 60—70% всех сексуальных нарушений.

Увеличение количества сексуальной патологии, имеющей органическую основу, в определенной мере объясняется широким распространением в популяции таких соматических страданий, как болезни сердечно-сосудистой системы, онкологические заболевания и посттравматические состояния. При этом играет роль не только значительная распространенность такой патологии, но и существенное увеличение продолжительности жизни страдающих ею людей, что, как и выживаемость лиц с различными врожденными пороками развития, является итогом достижений современной клинической медицины. Следует отметить, что сексуальные нарушения могут иметь и полифункциональный характер. В значительной мере этим объясняются трудности в дифференциации функциональных и органических причин возникновения сексуальной патологии.

Несомненно, отмечаемый во всем мире рост употребления лекарств, алкоголя, наркотиков, а также широкое распространение курения табака оказывают негативное влияние на сексуальную сферу и способствуют повышению распространенности сексуальных расстройств в популяции. На сексуальную деятельность оказывает влияние различные факторы: биологические, возрастные, психические, социально-культурные, психопатологические.

Влияние **биологических** факторов на сексуальную деятельность весьма широко и разнообразно. К этим факторам можно отнести: *биологическую среду обитания*: шум, загрязнения, излучения; *негативные факторы внутриутробного развития*: курение и употребление будущей матерью алкоголя, наркотиков, лекарств, недостаточность и нерациональность ее диеты, а также факторы, провоцирующие врожденную патологию; *образ жизни*: утомление, перенапряжение, стрессы, неправильное питание, вредные привычки; перенесенные заболевания, травмы и хирургические вмешательства; *общее состояние здоровья*: слишком низкое артериальное давление, нарушение функций различных органов, неустойчивость и разрегулированность нервной системы (особенно вегетативной); *хромосомные и генетические нарушения*.

Алкоголизм, наркомания оказывают более отчетливое воздействие на сексуальные функции. В последнее время во многих исследованиях подчерки-

ваются отрицательное влияние на сексуальную сферу алкоголизма, наркомании, курения, употребления гормональных и других лекарственных средств, заболеваний сердечно-сосудистой системы, нервной системы, посттравматических состояний.

В зависимости от **возраста** сексуальные нарушения имеют свои особенности. У молодых мужчин в возрасте до 25 лет обычно преобладают функциональные сексуальные расстройства в виде преждевременного или слишком раннего семяизвержения, а у мужчин в возрасте 25—35 лет — функциональные расстройства эрекции (но уже и в этом возрасте происходит увеличение доли органически обусловленных сексуальных расстройств на фоне алкоголизации, курения и неправильного образа жизни). У мужчин в возрасте старше 35 лет обычно доминируют нарушения эрекции (чаще — на фоне органической патологии) и снижение либидо.

Сексуальные расстройства у молодых женщин развиваются преимущественно по типу функциональных и чаще проявляются в нарушении комплекса сексуальной готовности, первичной аноргазмии и вагинизма. У женщин 40—45 лет начинают преобладать такие расстройства, как вторичная аноргазмия, диспареуния и последствия сексуальной неудовлетворенности (психосоматические заболевания, атипичные тазовые боли, синдром Кехрера). После 45 лет у женщин появляются сексуальные расстройства, обусловленные фазой биологического увядания, а также психическими возрастными реакциями. Такое сексуальное расстройство, как половая холодность, имеет у женщин примерно одинаковое распространение во всех возрастных группах.

С увеличением возраста на первый план все чаще начинают выступать девиации, возникающие на психопатологической основе.

Взаимосвязь между возрастом и сексуальностью очень сложна и многолика. Она обусловлена целым комплексом биологических, психических и социальных факторов и в каждом возрастном периоде характеризуется определенными болезнями, партнерскими конфликтами. Нет ничего удивительного в том, что в той или иной мере все это отражается и на сексуальной жизни.

Среди **психических** факторов различают:

**1. Семейные факторы:**

- отсутствие надлежащего воспитания или неправильное воспитание в семье;
- последствия неудачного брака родителей;
- потеря одного или обоих родителей в возрасте до 6 лет;
- доминирование в семье матери или авторитаризм и деспотизм отца;
- ранние детские конфликты и чувственные фрустрации.

**2. Личностные факторы:**

- низкая самооценка, сексуальная заторможенность и подавленность;
- невротическая личность, психопатическая личность, психическая закомплексованность;
- нарушения сексуальной аутоидентификации;
- профессиональные фрустрации у мужчин;

-- ПСИХОПАТОЛОГИЯ.

### **3. Нарушения психосексуального развития:**

- репрессивная сексуальная мораль в семье;
- психосексуальная травма (изнасилование, инцест);
- гомосексуальная или девиантная инициация, гомосексуальные или девиантные тенденции;
- отверженность средой сверстников;
- примитивные и вульгаризованные сексуальные представления;
- патологическая сексуальная инициация (например, при групповом сексе).

### **4. Фобические факторы.**

Они могут иметь форму разнообразных сексуальных фобий (страха) перед сексуальной инициацией, дефлорацией, супружеской жизнью, коитусом, глобальной боязни сексуальной неудачи, боязни сексуальной неудачи с конкретным партнером или в конкретной обстановке, боязни повторения сексуальной неудачи либо возникновения или повторения физических затруднений при проведении полового акта, онанофобия. Фобия сексуального успеха часто развивается у лиц с выраженными пессимистическими чертами характера, которые являются в свою очередь следствием неправильного воспитания.

Важную роль в комплексе психических факторов, способствующих развитию сексуальных нарушений, играют и межличностные (межпартнерские) отношения. На нормальное проявление сексуальных реакций и формирование сексуальных потребностей огромное влияние оказывают самые различные варианты межпартнерских связей (чувственные, характерологические, материальные, интеллектуальные, семейные, родительские, товарищеские, межличностные коммуникационные), формирующихся на разных уровнях — подсознательном, сознательном, интуитивном. Ненадлежащая подготовка к супружеской жизни, неправильный выбор партнера, неумение нейтрализовать конфликты в первые годы супружества — частые причины возникновения партнерской и сексуальной патологии.

К **социальным** факторам можно отнести: факторы цивилизации (например, войны, общественное напряжение, зоны голода или недостаточного питания, расизм); факторы культуры (например, идеология и философия в отношении секса). В первую очередь, это миф о величине полового члена, которая якобы играет решающую роль в получении женщиной сексуальной удовлетворенности. Не менее распространенным вымыслом является и убеждение в том, что сексуальная абстиненция гарантирует длительную сексуальную активность в старшем возрасте.

Сексуальные нарушения могут быть обусловлены **психическими заболеваниями**. Например, как результат побочного действия психотропных препаратов, как следствие длительного перерыва в половой жизни либо распада прежней сексуальной связи. Сексуальные нарушения могут выступать и в качестве одного из симптомов психического заболевания, причем случается, что они предвестники его развития, а иногда и причиной развития психопатологии. Имеются обширные связи между истерией и сексуальными

расстройствами. Отмечается, что истерия оказывает негативное влияние на сексуальную жизнь и больных ею мужчин. Следствием этого заболевания могут быть не только индивидуальные, но и партнерские сексуальные нарушения.

### **Описание сексуальных нарушений Расстройства сексуальных потребностей**

**Гиперлибидомия (гиперсексуальность, эротомания, сатириазис, нимфомания)** — это патологическое усиление сексуальных потребностей, ведущее к повышенной сексуальной активности. При этом происходит не только количественное увеличение числа сексуальных контактов, но и качественное изменение сексуального поведения, при котором сексуальность становится основной жизненной целью индивида. Данная патология может развиваться и в результате психогенных воздействий, и быть проявлением органических заболеваний.

**Гиполибидомия (гипосексуальность).** При гиполибидомии уровень сексуальных потребностей и сексуальная активность понижены. Гиполибидомия может иметь функциональный характер (например, как результат разочарования личностью постоянного сексуального партнера), развиваться на органическом фоне (например, при хроническом алкоголизме, наркомании, токсикомании, лекарственной зависимости).

### **Препятствия в реализации сексуальных потребностей**

**Сексуальные комплексы.** Сексуальные комплексы представляют собой осознанных или неосознанных потребностей, желаний, воспоминаний, оказывающих влияние на чувственную сферу и сексуальное поведение. К сексуальным комплексам относятся: опанистический комплекс (опанофобия) — ошибочное, часто навязчивое убеждение в том, что мастурбация обязательно приводит к возникновению сексуальной патологии; комплекс «маленького полового члена»; комплекс мнимой импотенции; комплекс «сексуальной неполноценности» — часто навязчивое убеждение в том, что с помощью собственных сексуальных возможностей невозможно удовлетворить сексуального партнера; комплекс отвержения клиторального оргазма — убеждение в том, что оргазм, полученный при стимуляции клитора, явление ненормальное.

**Партнерские сексуальные проблемы.** К ним принадлежат: патологическая ревность и синдром провоцируемой измены. *Провоцируемая измена* — это сознательное установление сексуальных связей с другими партнерами по инициативе и при непосредственном участии постоянного сексуального партнера.

**Сексуальные состояния страха.** Сексуальные фобии представляют собой необоснованные навязчивые состояния страха и сопровождаются

отказом от осуществления сексуальных контактов под любым предлогом, вплоть до полного прекращения сексуальной жизни.

К распространенным причинам возникновения сексуальных страхов в браке относятся:

- - агрессивное поведение супруга;
- - страх импотенции, гамофобия (страх перед брачной жизнью);
- - страх дефлорации.

**Синдром околосонных сексуальных иллюзий.** Данное состояние обычно возникает у сексуально озабоченных женщин с высоким уровнем либидо, имеющих длительный перерыв в контактах со своим сексуальным партнером. Перед засыпанием у них возникают иллюзии ощущения сексуальных ласк и даже иллюзия совершаемого с ними полового акта.

**Предисфункциональный синдром.** Синдром заключается в том, что у имеющих сексуальный опыт лиц, при отсутствии каких-либо неудач в сексуальной жизни появляется неверие в успешность предстоящего совокупления. Возникает боязнь сексуальной дискредитации, потери сексуального партнера, любимого человека.

## **Нарушения течения сексуальной жизни у мужчин**

**Нарушения эрекции** — наиболее распространенное у мужчин сексуальное расстройство. Около 50% мужчин испытывают затруднения с эрекцией. Среди психогенных причин расстройств эрекции немаловажное значение принадлежит истерии и чрезмерной привязанности к матери.

Основное место среди органических причин нарушений эрекции принадлежит сосудистой патологии и наблюдаются у 10—30% мужчин, перенесших инфаркт миокарда. Расстройства эрекции выявляются у 21% алкоголиков и у 40% наркоманов. В судебно-сексологической экспертизе с нарушениями эрекции чаще приходится сталкиваться в случаях при бракоразводных делах, девиантном поведении, а также в случаях сексуальных преступлений.

**Нарушения эякуляции.** Эякуляторные расстройства относятся к числу наиболее распространенной мужской сексуальной патологии и разделяются на следующие виды:

-- чересчур преждевременная эякуляция, когда семяизвержение наступает до начала совершения полового акта в период предварительных сексуальных ласк, при отсутствии эрекции полового члена или когда семяизвержение наступает непосредственно перед введением полового члена, во влагалище;

-- слишком ранняя эякуляция, когда семяизвержение наступает либо непосредственно в момент имиссии полового члена во влагалище, либо после совершения первых фрикций;

-- задержка эякуляции (семяизвержение наступает только после длительного, порой изнурительного полового акта);

-- сперматорея (истечение спермы происходит вне связи с сексуальным возбуждением и обстановкой полового акта);

- болезненная эякуляция;
- эякуляция без оргазма.

Наиболее частой причиной возникновения семяизвержений без оргазма является наличие послевоспалительных изменений мужской половой системы. Склонность к анально-генитальным и орально-генитальным контактам или мастурбации приводит к ослаблению восприятия специфических ощущений при вагинальном коитусе, что также может явиться причиной задержки семяизвержения в процессе совершения вагинального коитуса. Органической природой обусловлено и отсутствие эякуляции при заболеваниях предстательной железы.

### **Нарушения течения сексуальной жизни у женщин**

**Нарушение комплекса сексуальной готовности.** Комплекс сексуальной готовности — это состояние, определяющее возможность совершения женщиной полового акта. Прежде всего он характеризуется развитием в процессе сексуального возбуждения достаточной степени увлажненности влагалища (так называемая смазка), позволяющей произвести свободное и безболезненное введение (имиссию) полового члена во влагалище и осуществлять им фрикции в процессе сокоупления. Этот комплекс включает в себя также и временное расслабление у женщины мышц промежности и влагалища, наступающее перед половым актом и облегчающее имиссию полового члена.

При недостаточной смазке или ее отсутствии, а также при отсутствии или недостаточном расслаблении соответствующих мышц половое сношение может вызывать боли или неприятные ощущения у обоих партнеров или вообще стать невозможным. Причинами этого расстройства являются — отсутствие согласия женщины на совершение полового акта, неадекватная сексуальная стимуляция женщины партнером перед началом полового акта, гипосексуальность женщины, страх женщины перед возможной беременностью, ситуационные факторы.

Отсутствие комплекса сексуальной готовности у подвергшейся изнасилованию женщины является одним из основных факторов возникновения у жертвы в процессе совершения насильственного полового акта болезненных ощущений в области половых органов, а также образования и у жертвы, и у насильника местных поверхностных, повреждений половых органов.

**Вагинизм.** Вагинизм— это патологическое состояние, при котором у женщины в обстановке интимной близости независимо от ее воли рефлекторно наступает сильное спастическое сокращение мышц тазового дна и влагалища, делающее невозможным совершение полового акта как чисто механически - из-за резкого сужения входа во влагалище, препятствующего имиссии полового члена, так и по физиологическим причинам. Вагинизм может носить стойкий характер и сопровождать женщину на всем протяжении жизни, что делает ее вообще неспособной к совершению полового сношения. Вагинизмом страдает 12% женщин-алкоголиков и 37,7% женщин-наркоманов.

К другим факторам, часто приводящим к развитию вагинизма, относятся: травма половых органов в детстве, заболевание мочеполовой системы, последствия использования влагалищных тампонов при менструациях в подростковом возрасте, гинекологические и венерические заболевания, грубая (травматичная) сексуальная инициация (в том числе и грубая дефлорация), страх, обусловленный крупными размерами полового члена партнера, амбивалентное отношение к половой жизни, социокультурные факторы.

Стойкий, резко выраженный вагинизм является одним из судебно-медицинских критериев неспособности женщины к совершению полового акта. Вагинизм может являться и последствием изнасилования, особенно произошедшего в детском возрасте, сопровождавшегося грубой дефлорацией и (или) обширными генитальными повреждениями. Развившийся в этих случаях вагинизм, если он вызвал утрату женщиной способности к совершению полового акта, расценивается как тяжкое телесное повреждение.

**Половая холодность (фригидность).** При половой холодности у женщин отмечается снижение уровня сексуальных потребностей и сексуальной реактивности, отсутствие удовлетворенности половой жизнью. Одним из признаков половой холодности является аноргазмия. Фригидность может быть обусловлена как органическими, так и функциональными причинами.

## **Нарушения течения сексуальной жизни у обоих полов**

**Комплекс сексуальной неприспособленности.** Комплекс сексуальной неприспособленности характеризуется появлением различных проблем и трудностей в течение сексуальной жизни у внешне сексуально благополучных партнеров. При этом типичными являются следующие проблемы:

- возникновение в процессе коитуса ощущения слишком просторного влагалища;
- последствий мастурбаторных навыков;
- послеродовые изменения женских половых органов;
- физиологическая несоразмерность строения половых органов партнеров;
- различие в сексуальной возбудимости партнеров и в их сексуальных биоритмах;
- одновременное наступление оргазма.

**Непорочное супружество (виргогамия).** Эта форма супружества, при которой супруги находятся в целомудренном браке из-за того, что супруги были не в состоянии начать половую жизнь. Выделяют следующие причины:

-- чувство боли у партнерши при попытках имиссии полового члена во влагалище;

-- уверенность в том, что половой акт является чем-то неприятным;

-- импотенция партнера;

-- маленькое влагалище;

-- отвращение, испытываемое женщиной по отношению к половому члену;

Средняя продолжительность непорочного супружества составляет 2—4 года. В результате лечения 60% пар половую жизнь начинают в первые полгода, 72% супругов - через два года после начала лечения.

**Сексуальная аверсия.** Чувство отвращения к сексуальному партнеру— это наиболее тяжелая разновидность межпартнерских сексуальных расстройств. Самые распространенные причины развития сексуальной аверсии: глубокие конфликты между партнерами, реакция на психотравмирующее поведение партнера (например, на его измену), реакция на исходящий от партнера неприятный запах, последствия сексуальных расстройств у партнера, которыми он пренебрегал и своевременно не лечился.

**Диспареуния.** Под диспареунией понимается болезненность полового сношения как для мужчины, так и для женщины. Это одно из распространенных партнерских сексуальных расстройств. Диспареуния отмечается у 5,2% алкоголиков и у 18% их сексуальных партнеров, у 14,3% наркоманов и 44,3% наркоманок. Наиболее часто встречающимися причинами развития диспареунии являются: у женщин — послевоспалительные изменения половых органов и их послеродовые изменения, период биологического увядания, гинекологические заболевания и операции, пороки развития половых органов, истерия, партнерские факторы; у мужчин — послевоспалительные изменения мочеполовой системы, алкоголизм, систематическое принуждение партнершей к сексуальным эксцессам, другие партнерские факторы.

**Сексуальная анестезия.** Это явление — результат снижения чувствительности или полного выключения рецепторов эрогенных зон, что приводит к аноргазмии и сексуальной неудовлетворенности. Наиболее часто сексуальная анестезия бывает обусловлена факторами органической природы (поствоспалительные изменения половых органов и локализирующиеся в их области проявления кожных болезней, патология нервной системы, лекарственная болезнь, алкоголизм и т.п.), но в основе ее возникновения могут лежать и психогенные факторы. Данное сексуальное расстройство диагностируется редко и не включается во многие классификации сексуальных нарушений.

## **Нарушения оргазма**

**Синдром мнимой аноргазмии.** Сущность данного синдрома заключается в том, что способная к достижению оргазма женщина может

получить его только при эффективной стимуляции клитора. Однако подобный способ воспринимается женщиной как «неправильный», что приводит к уклонению от получения такого вида возбуждения. Среди женщин этот синдром является распространенным видом сексуальных нарушений.

**Аноргазмия.** Под аноргазмией подразумевается постоянное отсутствие у женщины способности к достижению оргазма, проявляющееся как в процессе половой жизни (при совершении коитуса и при подготовке к нему, несмотря на целенаправленные действия партнера), так и при пробах самовозбуждения.

К факторам, способствующим достижению женщиной оргазма, относятся: оптимальный уровень андрогенов в организме; хорошая реактивность нервной системы; напряжение промежностных мышц в процессе коитуса; мастурбационный опыт; сексуальная инициация в возрасте до 18 лет; продолжительность вступительных ласк свыше 15 минут; длительность коитуса свыше 10 минут; экстравертированность личности; высокий уровень сексуального сознания, сексуальной образованности и сексуального воображения; удачная чувственная связь с партнером; вынесенный из семейной среды позитивный эталон чувственной и сексуальной связи.

**Диссоциация оргазма.** Это нарушение связано с раскоординированностью между биологическими и психическими компонентами оргазма, что приводит либо к нарушению возникновения оргазма во времени, либо к возникновению оргазма при участии только одного из этих компонентов. В последнем случае чаще встречается биологически обусловленный оргазм, наступающий при неучастии его психического компонента.

Причины диссоциации оргазма могут быть самыми разнообразными, но преимущественно это психоэмоциональные факторы (конфронтация с религиозными и морально-этическими принципами, амбивалентное отношение к сексуальному партнеру, личностные или психические расстройства и т.п.).

**Оргазм без эрекции.** Это расстройство характеризуется возникновением у мужчины семяизвержения при отсутствии эрекции полового члена. Это явление чаще носит функциональный характер, но может быть обусловлено и органической патологией (например, при некоторых неврологических заболеваниях).

## **Нетипичное сексуальное поведение**

К рассматриваемой группе отнесены такие типы сексуального поведения, которые, с одной стороны, по существующим меркам нельзя однозначно отнести ни к норме, ни к девиации, ни к патологии, а с другой стороны, хотя они и составляют в популяции статистическое меньшинство, однако фактически имеют распространение во всех обществах, культурах и средах, не являясь при этом социокультурно обусловленными феноменами. Всех лиц с нетипичным сексуальным поведением объединяет то, что такое поведение является для них доминирующим или единственно приемлемым путем достижения сексуального удовлетворения.

До недавнего времени большинством сексологов эти состояния причислялись к сексуальным девиациям. Однако в современных классификациях сексуальных нарушений они все чаще выделяются в самостоятельную группу. По сравнению с нарушениями сексуальных потребностей, течения сексуальной жизни или нарушениями оргазма, нетипичное сексуальное поведение встречается значительно реже, однако куда более распространено, нежели сексуальные девиации.

**Патологический аутоэротизм.** Под аутоэротизмом обычно понимают способы получения субъектом сексуального удовлетворения без участия другого лица. Постоянно повторяющееся самовозбуждение с использованием специфических сексуальных раздражителей (например, струя воды, специально приспособленные орудия или инструменты, зеркальное отображение собственного тела, порнография, специфические ритуалы) приводит к тому, что количественная и качественная его формы замещают у субъекта как иные сексуальные раздражители, так и иные проявления сексуальной активности.

Ананкастный аутоэротизм заключается в стойком, принудительном (навязчивом) сексуальном самовозбуждении, осуществляемом зачастую вне актуальной сексуальной потребности и носящем черты зависимости. Чаще подобное состояние является одним из симптомов пограничных психоневрологических расстройств и реже — симптомом психического заболевания или умственной отсталости. В крайних вариантах отмечается длящаяся месяцами и даже годами многократная на протяжении суток самостимуляция. Механизм этого явления состоит в том, что данное лицо может получить разрядку нервного напряжения только описанным сексуальным путем.

Специфическим видом женского аутоэротизма является так называемый синдром Хевлок-Эллиса, при котором сексуальная самостимуляция осуществляется с помощью струи воды, воздействующей на эрогенные зоны. Считается, что этот тип самостимуляции довольно широко распространен в женской популяции. Не менее специфической разновидностью патологического аутоэротизма является и синдром сексуальной асфиксии. В этом случае получение сексуального удовлетворения достигается в процессе развития удушья при самоповешении.

**Орализм.** Сущность этого нарушения полового поведения заключается в возникновении у субъекта оргазма только под воздействием раздражения его половых органов губами и (или) языком сексуального партнера. Это явление следует отличать от орально-генитальных ласк, являющихся одним из сексуальных возбудителей в процессе нормальной половой жизни.

Следует предупредить однозначное отнесение орализма к разряду сексуальной патологии, так как во многих связях он отвечает взаимным потребностям партнеров и не создает у них каких-либо сексуальных проблем.

На практике с орализмом как с проблемой сексолог встречается при следующих ситуациях:

-- орализм как источник конфликтов между партнерами либо как причина развития комплекса сексуальной непригодности;

-- орализм как источник возникновения девиантного сексуального поведения, (например, педофильного или зоофильного);

-- орализм как источник гомосексуального поведения.

**Анализм.** Данное нарушение заключается в достижении оргазма и получении сексуального удовлетворения путем механической стимуляции прямой кишки, либо путем совершения анального коитуса. Чаще анализм реализуется в форме гетеро- или гомосексуального коитуса и реже — в форме ректальной мастурбации. Анализм следует отличать от дополнительной ректальной стимуляции, употребляемой в процессе обычной половой жизни (например, пальцевое воздействие на заднюю стенку влагалища через прямую кишку, осуществляемое партнером в процессе коитуса с женщиной, имеющей просторное влагалище).

Анализм как основная или исключительная форма достижения оргазма и сексуальной удовлетворенности чаще встречается в гомосексуальных связях. Анальный коитус может быть проявлением сексуального любопытства, данью определенной «сексуальной моде», либо воспринимается в качестве одной из нормальных, приемлемой обоими супругами, форм половой жизни.

**Гомосексуализм.** Данное нетипичное сексуальное поведение проявляется в достижении субъектом (как мужчиной, так и женщиной) сексуального удовлетворения путем проведения сексуальных контактов с лицами одноименного пола.

Среди многочисленных гипотез и теорий происхождения гомосексуализма наиболее распространены следующие:

- гипотезы и теории средовой обусловленности (семейная — материнская гиперопека, негативно воспринимаемые отцы, отрицательный опыт контактов с братьями и позитивный с сестрами, освоенность с мужской наготой и отсутствие таковой в отношении женской наготы; профессиональная — артистическая среда; «образа жизни» — цыганский табор);

- теория заместительной обусловленности (например, гомосексуальные контакты в изолированных мужских коллективах — в местах лишения свободы, в интернатских заведениях, в воинских частях и военных учебных заведениях, в монастырях и теологических учебных заведениях);

- гипотеза личностной обусловленности (например, страх сексуальной неудачи, затруднения в собственной половой роли/идентичности, нарцисстическое развитие личности, затруднения в установлении контактов с противоположным полом, сексуальное «бегство» при неудаче сексуальных контактов с противоположным полом);

Существует великое множество классификации гомосексуализма и разнообразных терминов для обозначения его проявлений. В связи с этим приводим краткую терминологическую справку:

*Сексуальная инверсия* — гомосексуализм у обоих полов.

*Уранизм* — мужской гомосексуализм.

*Лесбийская любовь (сапфизм, трибадия)* — женский гомосексуализм.

Гомосексуальное влечение к взрослым субъектам; у мужчин — *андрофилия*, у женщин — *гинекофилия*.

Гомосексуальное влечение к субъектам юного возраста, в том числе и к подросткам): у мужчин — *эфебофилия*, у женщин — *корофилия*.

Гомосексуальное влечение к детям — *гомосексуальная педофилия*.

*Педерастия* — гомосексуальные действия с мальчиками (чаще подразумевается совершение более старшим субъектом анального коитуса с мальчиком; иногда данный термин используется и в качестве синонима любого проявления мужского гомосексуализма: довольно широко распространенное употребление этого термина для обозначения полового сношения через задний проход между мужчинами любого возраста едва ли можно признать правильным, поскольку для наименования этих действий существует самостоятельный термин — педикация, аналогом которого в русском языке является понятие —«мужеложество»).

Активный партнер — гомосексуальный партнер (как мужчина, так и женщина), выполняющий в гомосексуальном контакте мужскую («активную») роль; активный партнер в актах мужеложства иногда именуется педикатор.

Пассивный партнер—гомосексуальный партнер (как мужчина, так и женщина), выполняющий в гомосексуальном контакте женскую («пассивную») роль; пассивный партнер в актах мужеложства иногда именуется патикус или кинэдэ (разделение гомосексуалистов на активных и пассивных партнеров достаточно условно, поскольку в процессе, совершения сексуальных действий многие из них меняются ролями, что имеет свое криминалистическое и судебно-медицинское значение).

Многие последователи психоанализа связывают происхождение гомосексуализма у мужчин с неразрешившимся комплексом Эдипа, а у женщин — с неразрешившемся комплексом Электры. По другому мнению психоаналитиков, гомосексуализм происходит из подсознательных тенденций кровосмешения по отношению к отцу или брату и является заместительной формой проявления инцестных потребностей.

С проблемой гомосексуализма в экспертной практике чаще приходится встречаться в следующих ситуациях:

- бракоразводные дела, в которых одна из сторон обвиняет другую в гомосексуализме, либо признает подобные наклонности у себя;
- в делах об изнасиловании, когда обвиняемый отрицает возможность совершения им инкриминируемых действий под предлогом наличия гомосексуальной ориентации полового влечения;
- в делах о совершении педофильных действий гомосексуального характера;
- в делах об убийстве гомосексуального партнера.

## **Нарушения половой аутоидентификации**

**Транссексуализм.** Транссексуализм заключается в несоответствии психического чувства собственного пола и морфобиологической структуры тела, а также социального (метрического) пола, которые воспринимаются как нечто «чужое», принадлежащее противоположному полу. Транссексуалисты

чувствуют неприязнь к собственному телу и ожидают от окружения поведения и поддержки, подтверждающих собственное восприятие пола. Нередко эти ожидания умышленно провоцируются передеванием в характерную для противоположного пола одежду и подстраиванием своего поведения под типичное для другого пола.

**Синдром неразличения сексуального объекта.** Этот синдром проявляется в удовлетворении субъектом сексуальных потребностей путем контактов с различными сексуальными объектами. Причем актуальным для этих лиц является тот объект, который наиболее доступен в настоящий момент времени, а его сексуальная привлекательность элементарно достаточна для обеспечения развития необходимого уровня полового возбуждения. Практически лица с этим синдромом совершают все многообразие возможных форм сексуальных действий — и педофильные, и гетеро- и гомосексуальные, и инцестные, и зоофильные и другие сексуальные контакты. Таким образом, их сексуальное поведение является как бы полидевиантным.

Личность страдающих данным синдромом субъектов характеризуется импульсивностью, сниженным порогом сексуальной реактивности (возбуждение наступает быстро, уровень его высокий), сексуальное поведение контролируется лишь в незначительной степени либо вообще не поддается контролю.

### **Девиантные тенденции**

Под *девиантными тенденциями* понимают либо наличие у субъекта в тематике эротических сновидений и сексуальных фантазий (в том числе сопровождающих мастурбацию, рассматривание порнографии, совершение полового акта) представлений о собственном участии в девиантном поведении, либо, связанное с сексуальным возбуждением или достижением оргазма, ощущение потребности в таком поведении. Иной формой девиантных тенденций является спорадический опыт поведения девиантного типа, чаще осуществленного случайно или из-за любопытства.

Диагностика девиантных тенденций осуществляется путем анализа как количественного, так и качественного критериев. Количественным критерием служит частота проявления девиационных фантазий и потребностей, а также девиантного поведения у данного субъекта по отношению к нормальной гетеросексуальной ориентации и активности (являются ли они единичными, спорадическими или же проявляются чаще). Качественным критерием является степень выраженности девиационной ориентации по отношению к гетеросексуальной (какая из ориентации имеет доминирующий характер и в какой степени). Диагностика основывается на анализе сексуальной биографии обследуемого лица, а также на применении дополнительных методов исследования. Среди последних наибольшее значение имеют психологические методы, позволяющие выявить скрытые или скрываемые девиантные тенденции.

Описываемое явление довольно широко распространено в человеческой популяции. Большинство лиц, имеющих сексуальные девиантные тенденции,

заглушают их в себе, а у многих из них только лишь само осознание наличия таких потребностей вызывает страх. Может сложиться впечатление, что появление девиантных тенденций является предвестником сексуальных девиаций или психических заболеваний. Однако многочисленные клинические наблюдения за обратившимися к врачам лицами, обеспокоенными наличием у них таких тенденций, показывают, что в подавляющем большинстве случаев не требуется даже оказания им какой-либо лечебной помощи.

## Сексуальные девиации

Теории возникновения сексуальных девиаций, их формы и особенности, а также результаты изучения отдельных видов девиаций широко обсуждаются в работах многих исследователей, поэтому дублирование этих данных в настоящей книге просто нецелесообразно. Остановимся лишь на обсуждении некоторых последних публикаций, посвященных проблеме сексуальных девиаций.

Содержание популярных порнографических изданий может иметь связь с развитием девиантных потребностей и появлением девиантного поведения. Ориентируясь на метапсихологию психоанализа, некоторые авторы подчеркивают, что оральные, анальные, уретральные и садистические сексуальные потребности занимают прочное место в нормальной сексуальности. На основе изучения содержания сексуальных фантазий у мужчин разного возраста этот тезис был подтвержден и другими исследователями. Причем назначение содержания фантазии, сопровождающих мастурбацию в детском и подростковом возрасте, в развитии сексуальных девиаций указывают многие современные исследователи.

В последнее время перечень классических сексуальных девиаций значительно пополнился новыми, ранее неизвестными, формами, возникновение которых обусловлено техническим прогрессом (телефон, телевизор, видеотехника), обычаями некоторых современных субпопуляционных течений (например, групповой секс в коммунах хиппи) или действием некоторых химических веществ (например, фармакогенный оргазм, наступающий под действием некоторых наркотиков).

Приведем перечень и краткое описание сексуальных девиаций, которые наиболее часто включаются в сексологические классификации:

- *фетишизм* (сексуальный символизм, сексуальный парциализм) — объектом полового влечения является часть тела, одежда или какой-либо иной предмет, символизирующий сексуального партнера. (Апотемнофилия — сочетающаяся с садомазохизмом разновидность фетишизма, при которой роль фетиша играют уродства тела);

- *тигмалионизм* (монументофилия, иконолагния) — разновидность фетишизма, сочетающаяся с вуайеризмом, при которой роль фетиша играют изображения человеческого тела (картины, статуи, статуэтки, фотографии);

•• *нарциссизм* (аутофилия, аутоэротизм, аутоэрастия) — объектом полового влечения является собственное тело (разновидность фетишизма);

•• *аутомоносексуализм* — как и при нарциссизме, объектом полового влечения также является собственное тело (чаще его зеркальное отражение), но имеющее сходство с телом субъекта противоположного пола, достигаемое при помощи одежды и соответствующих манер (разновидность фетишизма);

•• *гетерохромофилия* — объектом полового влечения является только партнер с другим цветом кожи (разновидность фетишизма);

•• *ретифизм* — разновидность фетишизма, сочетающегося с мазохизмом, при которой роль фетиша играет обувь (предметы из кожи);

•• *трансвестизм* (эонизм, метатропизм) — половое удовлетворение достигается при переодевании в одежду другого пола;

•• *цисвестизм* — разновидность трансвестизма, при которой отмечается стремление к надеванию одежды не противоположного, а своего же пола, но типичной для другого возраста, либо иной социальной группы;

•• *гомесвестизм* — разновидность трансвестизма, сочетающаяся с фетишизмом, при которой сексуальное удовлетворение достигается при одевании одежды своего же пола, но принадлежащей другому человеку;

•• *педофилия* (инфантисексуализм, падерозия) — половое влечение к детям (некоторыми исследователями рассматривается как разновидность фетишизма, в которой роль фетиша играют черты незрелого детского тела, а пол ребенка при этом не играет существенной роли);

•• *партенофилия* — половое влечение к зрелым девственницам (сексуально неопытным зрелым молодым субъектам);

•• *эфебофилия* — половое влечение к мальчикам-подросткам, юношам;

•• *нимфофилия* — половое влечение к девушкам-подросткам, юным девушкам;

•• *геронтофилия* (пресбиофилия) — половое влечение к лицам старшего возраста, к старикам;

•• *зоофилия* (содомия, зооэрастия, зооступрум, бестиофилия, скотоложство) — половое влечение к животным;

•• *зоосадизм* — разновидность зоофилии и садизма, заключающаяся в получении сексуального удовлетворения от мучения животных (сродни ктиномании — патологическому влечению к живодерству);

•• *сексуальный садизм* (эрототиранизм, активная алголагния) - половое удовлетворение, получаемое путем причинения страданий или унижений сексуальному партнеру;

•• *флагеллантизм* (активный флагеллантизм, флагелляция, дипольдизм) — разновидность садизма, при которой удовлетворение получают путем бичевания партнера, реже — самобичевания (последняя форма чаще относится к садомазохизму или мазохизму);

•• *салиромания* — получение сексуального удовлетворения в результате мазания других людей грязью, калом, мочой, кровью и т.д. (разновидность садизма);

•• *поллюционизм* — разновидность салиромании, заключающаяся в стремлении пачкать людей семенной жидкостью;

•• «*накалывание*» — разновидность садизма, при которой удовлетворение доставляет укалывание партнера различными острыми инструментами (некоторыми авторами относится к разновидности салиромании; близко к этому явлению стоит стремление к локальному прижиганию тела сексуального партнера, например, горячей сигаретой);

•• *некрофилия* (некротомия, ликантропия) — половое влечение к трупам и совершение с ними сексуальных действий. Близко к этому явлению находится влечение к сексуальным действиям со спящими или находящимися в бессознательном состоянии людьми, с тяжелобольными и умирающими, а также сексуально окрашенная повышенная заинтересованность трупами, кладбищами, похоронным ритуалом и всем тем, что так или иначе связано со смертью и умершими. Крайней формой некрофилии является некротомизм (бертранизм) — стремление к осквернению трупа и надругательству над ним (чаще в форме отрезания молочных желез, вырезания половых органов) и некрофагия — поедание частей трупа (часто — половых органов). И некрофагия, и некротомизм иногда сочетаются с предварительным убийством жертвы, либо получение сексуального удовлетворения сопряжено именно с самим процессом убийства;

•• *вампиризм* (сексуальный вампиризм) — сексуальное удовлетворение наступает при ощущении вкуса крови партнера (чаще кровь партнера получают в процессе коитуса или предваряющих его ласк путем нанесения укусов; ряд исследователей относят это явление к проявлениям некротомизма);

•• *мазохизм* (пассивная алголагия, пассивитизм, пассивный флагеллантизм) — получение сексуального удовлетворения при унижениях и физических страданиях, причиняемых сексуальным партнером.

•• *танатофилия* (танатомимия) — разновидность мазохизма, заключающаяся в получении сексуального удовлетворения в ходе фантазий на тему собственной смерти и погребения;

•• *эскрементофилия* (пикацизм) — сочетание мазохизма и фетишизма, при котором человеческие выделения играют роль фетиша;

•• *ренифлекс* (озолагия, осфрезиофилия) — разновидность эскрементофилии, при которой роль фетиша играет специфический запах объекта сексуальных предпочтений (обонятельный фетишизм);

•• уролагия (урофилия) — разновидность ренифлекса, при которой обонятельным фетишем служит запах мочи (при копролагии фетишем служит запах кала, при спермолагии — запах семенной жидкости и т. п.; вкусовым эквивалентом эскрементофилии является поедание или питье выделений — урофагия, копрофагия, спермофагия);

•• *фроттаж* (фроттеризм) — получение сексуального удовлетворения путем прикосновения (или трения) половыми органами к различным частям тела избранного объекта в толпе, в тесноте.

•• *кандаулезизм* — разновидность эксгибиционизма, сочетающаяся с мазохизмом, основанная на достижении сексуального возбуждения при демонстрации обнаженной собственной жены или партнерши другим мужчинам;

•• *плюрализм* (сексуальный плюрализм) — групповой секс, разновидность эксгибиционизма в сочетании с вуайеризмом;

•• *триодизм* — разновидность сексуального плюрализма, заключающаяся в сексуальных действиях между тремя партнерами, два из которых имеют одинаковый пол;

•• *вуайеризм* (скопофлия, скоптофилия, миксоскопия, визионизм)— влечение к подглядыванию за половым актом или обнаженными объектами сексуальных предпочтений (специфической разновидностью вуайеризма является сверхценное увлечение порнографией);

•• *эксаудиризм* — акустический эквивалент вуайеризма;

•• *клизмофилия* — получение сексуального удовлетворения путем введения жидкости или медицинских свечей в прямую кишку;

•• *пиролагния* — получение сексуального удовлетворения от созерцания огня, зрелища пожара.

**Садизм.** Определение садизма как формы сексуальной девиации, при которой достижение сексуального удовлетворения наступает в процессе причинения партнеру боли, телесных повреждений или унижения, является более узким и конкретным. Значительно шире и всеобъемлюще садизм заключается в том, что сексуальное наслаждение возникает в сексуальной ситуации, связанной с доминированием и безусловным подчинением партнера. Это— потребность полного господства над другим человеком, овладения им и подчинения его в такой значительной мере, что ему можно даже причинять боль и унижения. Господство над человеком, как особая форма связи с ним, создает чувство удовлетворения, причем формы господства могут быть как в социальном, так и в индивидуальном плане выгодными для подчиненного. В этом контексте садизм является феноменом, сопровождающим человечество на всех этапах его существования, имеющим различную, в том числе и биологическую обусловленность.

С открытыми проявлениями сексуального садизма общество сталкивается в основном только в тех случаях, когда само его проявление сопряжено с совершением преступления. Подобные акты чаще совершаются людьми, страдающими психопатологией (патологическое развитие личности, психическое заболевание, алкогольная деградация личности).

**Мазохизм.** Сущность этого явления определяется как противоположная сущности садизма. По мнению многих исследователей-психоаналитиков, мазохизм более типичен для женщин и поэтому чаще встречается в их среде. Однако подобные утверждения вызывают определенные сомнения в их справедливости.

Поскольку данная девиация не представляет сколько-нибудь серьезной опасности для общества, то, естественно, и в судебно-сексологической

практике она фактически не встречается. Лишь изредка приходится сталкиваться со случаями особого проявления мазохизма — самоудавлением и подверганием себя воздействию технического электричества. Если эти действия приводят к серьезным телесным повреждениям или заканчиваются смертью, то подобные случаи попадают в поле зрения судебных медиков.

**Апотемнофилия.** Эта девиация заключается в стремлении к ампутации части собственного тела, либо в половой жизни с лицом, имеющим ампутированную конечность, культя которой выступает в роли специфического сексуального фетиша. Наиболее часто апотемнофилия встречается в сочетании с фетишизмом, трансвестизмом и транссексуализмом. Однако нельзя исключить, что у некоторых сексуальных преступников (например, у садистов), которые обрубают или отрезают части тела у своей жертвы, механизм надобного поведения обусловлен именно апотемнофилией.

**Некрофилия.** Некрофилия является одной из разновидностей фетишизма, при которой в роли фетиша выступает мертвое тело человека, В литературе редки случаи описания некрофилии. Поэтому считаем, целесообразным уделить внимание одному из них, описанному в последние годы.

*Эдмунд.К. родился 24 октября 1947 года в семье рабочих, вторым из двух сыновей, имеет неполное среднее образование, по профессии слесарь. Семейный анамнез не отягощен. С 6 лет наблюдался у психоневролога в связи с «чрезмерной нервной возбудимостью». Проведенным неврологическим и психиатрическим обследованием органических поражений центральной нервной системы у него выявлено не было. Также отсутствовали и признаки умственной отсталости или психического инфантилизма. В настоящее время обвиняется в совершении трех убийств, в процессе которых вырезал у жертв половые органы, а также в пяти осквернениях трупов, сопровождавшихся теми же действиями. Во всех инкриминируемых действиях признается и подробно излагает их обстоятельства.*

*В процессе сексологического обследования установлено, что либидо у овидетельствуемого появилось в возрасте около 10 лет. В этом же возрасте стал практиковать мастурбацию, частично реализуя ее в контактах с другими мальчиками. Эти действия происходили при особых обстоятельствах — мальчики мастурбировали на старом кладбище среди могил и разбитых гробов, либо ходили подсматривать за вскрытием трупов, производившимся в ближайшем морге, и в это время мастурбировали поодиночке или всей группой. В 16 лет подэкспертный имел несколько неудачных попыток совершения полового акта с ровесницами, после чего стал красть женскую одежду, использовать ее при мастурбации в качестве фетиша. Иногда при этом сам одевался в украденную женскую одежду. Тогда же впервые был осужден за совершение похотливых действий с девушками. Во время отбытия наказания в тюрьме дважды был насильственно использован в качестве пассивного партнера при мужеложстве.*

*В 1969 году после освобождения из тюрьмы была очередная неудачная попытка совершения полового акта — отреагировал на нее попыткой*

самоубийства (вскрыв ножом брюшную полость). Закончив лечение, встретил зрелую женщину, которая обучила его технике полового сношения.

В 1970 году женился, брак оказался неудачным (развод — во время отбытия наказания в связи с вторичным осуждением), от брака имеет ребенка. В браке впервые совершил сексуальные действия с трупом — воспользовался доступностью трупа умершей соседки по квартире (старой женщины), ощупывал его, вводил палец во влагалище и при этом мастурбировал. Затем, в том же году, случайно познакомился с женщиной и договорился с ней о совершении полового акта. Женщина пригласила его к себе домой и по пути к дому, проходя через лес, К. убил ее, вырезал у трупа половые органы, которые затем использовал в качестве фетиша при мастурбации. Позднее стал нападать на незнакомых женщин, которых поджидал в укромных местах, под угрозой ножа ощупывал их половые органы, а после достижения полового возбуждения убегал и совершал мастурбаторный акт. Одновременно продолжал красть женское белье, также используемое в качестве фетиша при мастурбации.

Боясь наказания за совершаемые действия, в 1972 году впервые раскопал могилу, вскрыл гроб, в котором оказался частично разложившийся труп старой женщины. Пытался совершить с трупом половой акт, но поскольку это было технически невозможно, то удовлетворился ощупыванием трупа и мастурбацией. Вскоре после этого случая был задержан за имевшее ранее нападение на женщину и направлен на обследование в психиатрическую больницу. Во время нахождения в больнице неоднократно безуспешно пытался проникнуть в больничный морг. Был осужден на 9 лет, из которых в заключении находился только семь. Гомосексуальных контактов при отбытии этого наказания не имел.

После освобождения короткий период времени вел нормальную половую жизнь с несколькими женщинами, а в 1980 году решился на поиски очередного трупа. С этой целью незаметно проник в часовню на сельском кладбище, вырезал у находящегося там трупа женщины половые органы и молочные железы, которые затем дома пришил к изготовленному из тряпья манекену. Во время мастурбации постепенно снимал одетую на манекен женскую одежду, ощупывал пришитые к нему груди и половые органы, одновременно нежно разговаривал с манекеном, как с живой женщиной. После неоднократного использования таким образом половые органы выбрасывал или сжигал, а манекен размонтировал. Подобным образом поступал и в каждом последующем случае, когда добывал половые органы из трупа.

С конца 1980 года стал сожительствовать с имеющей ребенка разведенной женщиной, причем ее бывший муж первое время проживал в той же квартире. После того как обследуемый вновь оказался в тюрьме, сожительница бросила его и повторно вышла замуж. От связи с этой женщиной имеет второго ребенка.

В 1981 году с целью спекуляции приехал в предместье Варшавы, где ночью был обворован случайной знакомой, обманным путем выставившей его «налегке» на улицу. Бесцельно прогуливаясь по местечку среди ночи, увидел на

улице одиноко идущую женщину и решил вырезать у нее половые органы. Убил женщину несколькими ударами, осуществил свой замысел и утром вернулся в Познань.

В 1982 году вновь проник в кладбищенскую часовню и вырезал половые органы у находившегося там трупа женщины. В тех же целях спустя 9 месяцев опять вернулся на это кладбище, но трупа не нашел и тогда убил случайно встреченную 11-летнюю девочку и вырезал половые органы из ее трупа. По прошествии нескольких недель на другом кладбище вскрыл свежую могилу и вырезал у трупа молочные железы и половые органы. Аналогичные действия осуществил тремя месяцами позже.

Спустя 5 месяцев, в мае 1983 года, после просмотра фильма «Волчица»<sup>9</sup> ощутил сильное половое возбуждение и ближайшей ночью вновь отправился на кладбище. Раскопал могилу, вскрыл гроб и с помощью перекинутой через ограду веревки вытащил из могилы труп женщины. Решил снять с трупа всю кожу передней поверхности туловища вместе с молочными железами и половыми органами и для этого стал отделять ее с уровня плеч, но в это время был замечен нарядом милиции, от которого убежал. Придя домой, решил убить первую зашедшую в квартиру женщину и снять с нее кожу подобным образом. Через несколько дней был арестован.

После тщательного и детального анализа обусловленности совершенных обследуемым действий и руководящих этими действиями механизмов, были сформулированы следующие выводы:

1. 1. Сексуальные потребности Эдмунда К. имеют гетеросексуальную направленность, сила их проявления находится в пределах физиологической нормы.

2. 2. У обследуемого отмечаются обширные нарушения в области реализации сексуальных потребностей, имеющие характер сексуальных отклонений, обозначаемых как фетишизм и некрофилия.

3. 3. Обследуемый не утратил способности к нормальной половой жизни, а имеющиеся у него отклонения сексуального поведения не обусловлены половым бессилием (импотенцией).

4. 4. В основе совершенных Эдмундом К. убийств лежат сексуальные мотивы, но данные действия не являются убийством из похотливости (сексуальным садизмом), так как сам процесс убийства не имел сексуальной окрашенности.

### **Контрольные вопросы.**

1. Какова классификация сексуальных расстройств?
2. Назовите причины возникновения сексуальных нарушений.
3. Какие расстройства сексуальных потребностей вы знаете?
4. В чем выражаются препятствия в реализации сексуальных потребностей?
5. Каковы нарушения течения сексуальной жизни у мужчин?
6. Охарактеризуйте нарушения течения сексуальной жизни у женщин.
7. Перечислите нарушения течения сексуальной жизни у обоих полов.

8. Чем характеризуется нарушение оргазма?
9. Что такое нетипичные сексуальные отклонения?
10. Как вы понимаете нарушения половой аутоидентификации?
11. Назовите девиантные тенденции и сексуальные девиации.

## ГЛАВА 2

### СЕКСУАЛЬНАЯ ПРЕСТУПНОСТЬ

С юридической точки зрения под сексуальным преступлением следует понимать «такой тип человеческого поведения (и его последствий), связанного с сексуальной жизнью, который запрещен уголовным законодательством». Необходимо различать истинные сексуальные преступления и преступления, совершенные на сексуальном фоне.

Уголовными кодексами разных стран определяется и разный круг сексуальных преступлений. При этом нередко встречается, что уголовное законодательство одной и той же страны на разных этапах ее истории относит к категории сексуальных преступлений различные деяния. Так, германское право к сексуальным преступлениям относило изнасилование и супружескую неверность. У фризов уличенного в супружеской неверности мужа бросали в болото. Немецким правом XIII века под страхом смертной казни была запрещена половая жизнь христиан с иудеями, а также слуги с хозяйкой. Упоминание об уголовном наказании за мужеложство в Европе впервые встречается в 1267 году в немецком праве Аугсбурга. За это преступление светский суд предусматривал смертную казнь через отсечение головы, а духовный суд — умерщвлением голодом в клетке. В XV веке впервые встречается упоминание об уголовном наказании за содомию — сожжение на костре. В то же время за совершение инцеста предусматривалось лишь наложение штрафа.

В средневековой Европе постепенно происходит смягчение мер наказания за сексуальные преступления, со временем отменяются такие жестокие меры, как кастрация и депенисация. Во времена Фридриха II, Екатерины II и Иосифа II под влиянием Вольтера и других французских просветителей происходит дальнейшая либерализация законодательства, отменяется смертная казнь за совершение сексуальных преступлений. Однако бытовой и правовой ригоризм в отношении к сексуальным преступлениям господствовал в Европе вплоть до начала XX века. Вместе с тем до настоящего времени в общественном и правовом мнении по отношению к сексу вообще и к сексуальной преступности в частности во многих регионах мира вне Европы (особенно в исламских государствах) господствует репрессивная половая мораль.

Отображением либерального подхода к проблеме сексуальной преступности может служить следующее высказывание: «Положения уголовного права относительно сферы сексуальной жизни прежде всего имеют целью сохранить ту из наивысших человеческих ценностей, которой является индивидуальная свобода личности, как в смысле защиты ее от насилия и навязывания извне, так и в смысле охраны элементарного права частной жизни — относительно свободного формирования своей интимной, сексуальной жизни, если таковая не порождает оскорбления другой личности и не приносит объективного ущерба реальным интересам общества. Не являются исключением случаи, когда в суде приходится слышать в свой адрес обвинение

в том, что «эксперт умышленно делает здорового ненормальным». Особенно это характерно для ситуации, в которых заключение судебно-сексологической экспертизы оказывает влияние на смягчение наказания преступника.

### ***Распространенность сексуальной преступности***

Публикуемые данные о размерах сексуальной преступности различны. Однако об истинной распространенности этого явления судить трудно, поскольку неизвестно достоверное отношение зарегистрированных преступлений к действительно совершенным. Предположения о таких соотношениях довольно различны и колеблются, например, в случаях изнасилования от 1:20 до 1:100. Произведенные сопоставления между обращениями в клинику по поводу совершения сексуальных преступлений и количеством назначаемых по профилю тех же видов экспертиз позволяют утверждать, что для сексуальных преступлений отношения зарегистрированные/совершенные представляются следующим образом: в случаях педофилии — 1:15, при изнасиловании — 1:60, в случаях эксгибиционизма — 1:85.

В последнее время значительно возросло количество судебно-сексологических экспертиз, проводимых по делам о совершении педофильных действий, и одновременно уменьшилось количество экспертиз, назначаемых по делам о кровосмешении. Правда, следует оговориться, что экспертный опыт едва ли может служить в качестве абсолютно объективного критерия динамики сексуальной преступности, поскольку она определяется не только показателями соответствующей экспертной деятельности.

### ***Факторы, влияющие на сексуальную преступность***

В мире существует огромное количество литературы, в которой рассматриваются причины преступности, способствующие ее развитию факторы, методы ее профилактики. Многие из этих данных в равной мере имеют отношение и к сексуальной преступности. Рассмотрим только те из них, которые имеют наибольшее отношение к медицине вообще и к судебной сексологии в частности.

Многочисленные наблюдения на протяжении ряда лет позволили сделать заключение, что на сексуальную преступность оказывает влияние различные факторы как-то: пол, агрессия, алкоголь, наркомания и другие.

Существенным фактором, влияющим на сексуальную преступность, является **пол** индивида. Считается, что в целом преступления чаще совершаются мужчинами. Причем мужчины чаще страдают и психопатологией, что отмечается уже в подростковом возрасте: мальчики чаще имеют сексуальные нарушения, а девочки—личностные; мальчики больше подвержены влияниям семейной патологии, приводящей к асоциальному поведению. У взрослых же мужчин превалирует не только преступность и психопатологии, но и личностные нарушения. Проявления психопатологии у женщин во многом связаны с физиологическими циклическими изменениями их гормональной

системы. Подобная связь отмечается и между гормональными циклами и сексуальными преступлениями, совершение которых по времени часто совпадает с предменструальным периодом у преступницы. Большинство преступлений совершается женщинами, испытывающими затруднения в половой роли идентичности, преимущественно идентифицирующие собственную роль с мужской. В последнее время в мире отмечается тенденция к росту женской преступности, причем женщины все чаще совершают преступления, сопряженные с агрессией.

Женщинам приписывается «пассивная» агрессивность, а мужчинам — «активная». Причем агрессивность женщин обществом всегда оценивалась более сурово. У женщин доминируют словесные, а у мужчин — физические формы проявления агрессии. Авторы считают, что подобные половые различия в проявлениях агрессии и ее восприятии обусловлены культурно-социальными стереотипами полового поведения. В настоящее время происходит изменение стереотипов и такие явления, как рост самосознания женщин и устранение существенных различий в социализации полов, по мнению авторов, отражаются и на участии женщин в сексуальной преступности — происходит их вторжение в такие виды преступлений, которые раньше были «зарезервированы» за мужчинами. Во многих странах отмечены количественные и качественные изменения в преступности женщин, заключающиеся в особенно быстром ее росте, в совершении женщинами агрессивных преступлений с применением насилия, а также в их участии в групповых преступлениях. Несмотря на столь бурную «феминизацию» общей преступности, в сексуальной преступности по-прежнему доминируют мужчины.

Другим не менее важным фактором, влияющим на сексуальную преступность, является **агрессия**. Существует много теорий, объясняющих явление агрессии. Один автор считает, что агрессия является следствием сексуальной фрустрации, другой рассматривает ее как один из четырех основных инстинктов (половой инстинкт, голод, агрессия, инстинкт перемещения) третий высказывает предположение, что агрессия может носить как врожденный, так и приобретенный характер. Ряд авторов рассматривает агрессию как биологически обусловленную врожденную форму поведения, которая в человеческом мире приобрела наиболее вредный и деструктивный характер.

После обсуждения теорий биологической обусловленности агрессии отмечается значительное влияние, которое оказывают на нее социальные факторы (негативное влияние средств массовой информации и массовой культуры), а также факторы ситуационного характера (например, алкоголизация, наркотизация). Специалисты указывают на провоцировании агрессии средствами массовой информации и массовой культуры, отмечая, что просмотр фильмов, демонстрирующих насилие, стимулирует агрессию у предрасположенных к ней лиц. Причину большей агрессивности мужчин ученые видят в особенностях их гормональной системы и при этом указывают на то, что андрогенизация женщин увеличивает и агрессивность последних.

Все теории причин возникновения агрессии в принципе можно разделить на три основные группы: биологические, психологические и социальные. Кроме того, существуют и теории многофакторной обусловленности агрессии. К ним можно отнести теорию, которая связывает агрессивное поведение человека с предрасположенностью к нему определенных темпераментов, а также с процессом научения агрессии. При изучении биографий агрессивных лиц выявлены некоторые типичные моменты: большая эмоциональная связь с матерью при одновременном пренебрежении ее личностью, чувство страха перед отцом, неспособность к установлению длительных чувственных связей, отделение сексуальной сферы от чувственной, сексуальный эгоцентризм, агрессивная форма проведения сексуальных контактов (в связи со страхом зависимости от женщины).

Появились работы, посвященные изучению внутрисемейной агрессии. При этом доминирующая позиция в семье не обеспечивает покорности другого супруга, а, наоборот, порождает у него фрустрацию и, вероятно, постоянную. Наиболее четко это выражено в случаях занимающих подчиненное в семье положение бунтующих мужей, которые склонны к агрессии тогда, когда объективная оценка противника (его физической силы) дает шансы на победу.

Ряд исследователей полагают, что получение в детстве личного опыта агрессии способствует ее сохранению и передаче от поколения к поколению. Исследование синдрома жестокого обращения с детьми свидетельствует о том, что факторами риска семейной агрессии являются алкоголизм, наркомания и психические нарушения у супругов.

Резюмируя приведенные сведения, можно утверждать, что агрессия является одной из основных причин преступности, в том числе и сексуальной. Агрессивность может быть как одной из черт патологического развития личности, так и одной из форм реакции человека на угрозу. Сексуальные преступления агрессивного типа часто являются темой фильмов, газетных и журнальных публикаций, телевизионных программ, детективной беллетристики. Рост их распространения в последние годы вызывает серьезные опасения. Лица с предрасположенностью к преступному либо девиантному поведению, во-первых, одновременно получают и стимуляцию к переводу предрасположения в действие, и образцы совершения таких действий, во-вторых, определенные слои общества (особенно дети и молодежь), не имеющие таких предрасположенностей, получают подробную информацию о возможности осуществления подобного поведения, а настойчивость этой информации подстегивает их естественное любопытство и подталкивает к его удовлетворению путем апробирования этого поведения, и, наконец, в-третьих, как первая, так и вторая группа лиц, усваивают опубликованные в массовых «официальных» произведениях образчики в качестве одного из стереотипов обычного, нормального человеческого поведения, а потому, следуя ему, зачастую ощущают себя свободными от ответственности. Более того, акцентированность массовой культуры на изображении агрессии не только порождает ее в обществе, но и стимулирует возникновение в нем страха перед таковой, провоцируя тем самым оборонительное поведение членов общества,

которое, в свою очередь, также имеет агрессивный характер. Нарастающая таким образом по спирали агрессия влияет на все стороны и механизмы общественной жизни, в том числе и на сексуальную жизнь общества. При этом она одновременно участвует и в генезисе сексуальной преступности, и влияет на ее специфику и динамику, а также определяет отношение к ней общества в целом.

Следующей существенной причиной возникновения сексуальной преступности является алкоголь. Алкоголь усиливает сексуальную агрессивность, особенно у мужчин, причем это влияние в равной мере характерно и для лиц, не имеющих зависимости от алкоголя. Подчеркивается связь между алкоголизмом и инцестом. Многие авторы считают, что алкоголизм и алкогольное опьянение у преступника являются основными факторами, провоцирующими совершение им изнасилования. Подобное влияние алкоголя и алкоголизма большинство исследователей усматривают и в случаях эксгибиционизма. У совершивших это преступление лиц острая алкогольная интоксикация отмечается, в 30—50% случаев.

Научно доказано, что агрессивное и преступное поведение отцов-алкоголиков в 50—80% случаев переходит и к их детям. Алкоголь является типичным спутником жизни преступников, а алкоголизация присуща стилю их быта. К следующим факторам, способствующим сексуальной преступности, следует отнести наркоманию. Насильники и инцестофилы значительно чаще встречаются среди наркоманов, чем в популяции независимых от наркотиков людей. Многими авторами подчеркивается и широкое распространение среди наркоманов гомосексуализма, охватывающего, по некоторым данным, до 30% популяции наркоманов. У наркоманов гомосексуализм чаще встречается не среди мужчин, а у женщин.

Зависимость от алкоголя и наркотиков имеет двоякую связь с сексуальной преступностью. С одной стороны, эти вещества провоцируют преступное поведение, а с другой — преступное поведение углубляет или провоцирует зависимость от них. Криминогенность алкоголиков и наркоманов — явление давно известное в криминологии.

### ***Личность сексуальных преступников***

При анализе личности преступников при различных видах сексуальных преступлений были получены следующие результаты. Ряд исследователей отмечает, что 56—81% сексуальных преступников имеют асоциальную личность. У 25% женщин из этой группы преступников имеется гомосексуальный опыт, 60% из них злоупотребляют алкоголем, в большинстве случаев имели раннюю сексуальную инициацию (причем нередко она была осуществлена путем изнасилования), 70% из них имеют сексуальные нарушения (чаще — проблемы с аутоидентификацией в половой роли, фригидность и диспареуния). В свое время была высказана гипотеза, что у сексуальных преступников часто отмечается комплекс Квазимодо.

В популяции сексуальных преступников доминирует сексуальная агрессивность, эмоциональная черствость, гиперчувствительность к сексуальным раздражителям, а 75 % этой группы преступников страдают алкоголизмом. При изучении сексуальной преступности отмечается, что 40% этого вида преступления совершается под влиянием алкоголя, 65% преступников из данной группы нигде не работают, 46% из них—рецидивисты, большинство происходят из рабочей среды. Всех сексуальных преступников можно разделить на две группы — агрессивных и неагрессивных. Группа агрессивных, вне зависимости от конкретного вида совершенного ими сексуального преступления, состоит из более молодых людей, которые чаще характеризуются интравертированностью, действуют цинично и жестоко, преступления совершают преимущественно в ночное время и в отношении ранее незнакомых объектов, отличаются импульсивностью поведения. Неагрессивные преступники (главным образом педофилы) чаще являются экстравертами, инфантильны, преимущественно были знакомы с жертвами преступлений, которые совершали в основном в дневное время, в 65% случаев являются алкоголиками.

Преступное сексуальное поведение может быть обусловлено следующими факторами:

- интоксикация: острая алкогольная интоксикация, патологическое опьянение, хронический алкоголизм, наркомания;
- психические нарушения: психозы, расстройства личности, семейные и супружеские психогении, последствия синдрома «третированного ребенка»;
- органические нарушения: эпилепсия, острые мозговые расстройства, посттравматические состояния.

### *Девииации и сексуальная преступность*

Исследования показали, что из 250 лиц, страдающих сексуальными девиациями, 52,8% признали наличие в анамнезе совершения сексуального преступления. При этом раскрыты были 43,2% этих преступлений (чаще педофилия) и преступники были судимы, а 9,6% преступлений остались не раскрыты. Таким образом, почти половина анализируемых никогда не имели конфликтов с законом. Это обусловлено той закономерностью, при которой чем выше интеллектуальный уровень девианта, тем большую осторожность он проявляет в осуществлении своих действий. Кроме того, большинство потерпевших просто не заявляет о совершившемся преступлении.

Анализ сексуальной преступности показал, что среди 2532 пациентов наличие девиаций имелось в 2,1% случаев (у 54 пациентов). Из них 16 человек (29,6%) отметили случаи конфликта с законом, 33 (61,1%) — совершали действия, расцениваемые как сексуальные преступления, но не предстали перед судом, и лишь 5 человек таких действий никогда не совершали. Таким образом, раскрываемость таких преступлений находится на уровне 29,6%. Причем осуждению в основном подвергались гомосексуалисты, эксгибиционисты.

Лица, страдавшие истинными половыми извращениями, совершали преступления только на сексуальном фоне.

В обществе широко распространено убеждение, что девиантность и преступность суть две стороны единого процесса. Однако большинство девиаций своим существованием никак не нарушает действующего законодательства (например, фетишизм, триолизм и т. п.). Более того, во многих случаях для осуществления девиантного действия необходимо не только участие, но и согласие партнера. Либерализация права сопровождается уменьшением числа уголовно наказуемых атипичных форм сексуального поведения.

### *Виды сексуальных преступлений*

#### **ИЗНАСИЛОВАНИЕ**

Интересны статистические данные по этому виду сексуальных преступлений в зависимости от стран: на 100 000 женщин приходится следующее количество случаев изнасилования: в США — 36, в Норвегии — 1, в Англии — 3, в Польше — 7, в Японии — 12, в Турции — 14 случаев. <sup>[219]</sup> При этом многие исследователи согласны с тем, что число зарегистрированных случаев изнасилования намного меньше истинного числа совершенных преступлений этого вида, в связи с чем статистические данные, очевидно, не составляют полной картины действительного состояния вопроса. Существуют важные факторы, которые склоняют жертву и ее законных опекунов к не заявлению о свершившемся преступлении. Анализ показал, что основными причинами не заявления являются: боязнь мести преступника — 50%, стыд перед окружающими — 30%, неверие в возможности правоохранительных органов — 10%, нежелание подвергаться осмотру — 5%.

Различают следующие формы изнасилования:

- инцестное изнасилование, психические негативные последствия которого особенно актуальны для жертв в возрасте не более 12 лет и реже выявляются у жертв более старшего возраста;
- групповое изнасилование; обычно не сопровождается нанесением жертве телесных повреждений и редко заканчивается наступлением у нее беременности (возможно, в связи с тем, что при подобных преступлениях мужчины часто практикуют прерванное половое сношение);
- индивидуальное изнасилование, которое бывает либо преднамеренным, либо ситуационно обусловленным; в случаях преднамеренного, умышленного изнасилования наиболее часто отмечается грубое физическое воздействие преступника на жертву (вплоть до ее смерти), что нередко происходит в связи с наличием у насильника садистских наклонностей или алкогольного опьянения;
- изнасилование жертвы, находящейся в состоянии естественного сна; к оценке подобных случаев следует подходить крайне осторожно, так как нередко заявления о подобном изнасиловании делают психически больные женщины (чаще — страдающие истерией или галлюцинациями);

Примечание [219]: Статистика

•• изнасилование жертвы, находящейся в состоянии гипнотического или наркотического сна; мнение о возможности совершения сексуальных действий с загипнотизированной женщиной против ее воли совершенно несостоятельно; однако нельзя исключить возможность изнасилования женщины, находящейся в глубоком наркотическом сне, в том числе наступившим и под влиянием алкоголя или наркотиков, но оценка этих случаев все же требует определенной осторожности;

•• «содомическое» изнасилование (изнасилование через прямую кишку) — наиболее распространено в случаях групповых изнасилований, при этом у жертв часто отмечаются повреждения сфинктера прямой кишки.

Количество исследований, посвященных насильникам, значительно превышает таковое в отношении виновников других сексуальных преступлений. Оценивая личность насильников, следует указать характерные им черты: выраженный комплекс кастрации, комплекс Эдипа, выраженная анальная фиксация, эмоциональные нарушения, черты садизма, приводящий к агрессии страх перед авторитетом. При этом матери насильников были доминирующими в семье личностями и не одобряли своей женской роли. В результате обследования насильников следует прийти к выводу, что у них доминирует трусость, недоверчивость, социальная неприспособленность, садистские черты. Этот вид преступлений обусловлен такими этиологическими факторами, как алкоголизм, садизм, хулиганство, социальная распущенность. Из осужденных за изнасилование 58% в момент совершения преступления находились в состоянии алкогольного опьянения. Почти во всех случаях имело место проявление садизма, причем в совершенных действиях доминировал не сексуальный, а развлекательный мотив.

Для насильников являются типичными: ранняя сексуальная инициация, чрезмерная заинтересованность сексом, легкость обсуждения сексуальных вопросов. Обсуждая проблему групповых изнасилований, исследователи отмечают, что у обследованных участников типичными были: асоциальное развитие личности, принадлежность к уличным компаниям, практиковавшим групповые хулиганские развлечения. Очень важным моментом в совершении изнасилования такими группами является позиция их лидера. Чаще встречался лидер, характеризующийся выраженной агрессивностью, личность которого имела деструктивные черты. Агрессивность лидера в основном обуславливалась страхом перед утратой доминирующего положения в группе. Интересно, что у этих лиц очень часто отмечается низкий уровень чувства ответственности и вины. Исследователи также отмечают, что целью подобных преступлений является не столько получение сексуальной разрядки, сколько достижение сексуального возбуждения, то есть изнасилование является для его участников специфическим сексуальным стимулятором.

Ряд исследователей дают такую характеристику группе насильников: это сравнительно молодые люди, имеющие низкий уровень образования и низкий уровень сексуальной культуры, ведущие неупорядоченную половую жизнь, не задерживающиеся долго на одном месте работы, часто употребляющие алкоголь. Анализ большого числа дел об изнасиловании установил, что 80 %

преступников были в возрасте до 32 лет, 55 % имели начальное образование, 65% в момент совершения преступления находились в состоянии алкогольного опьянения, у 18 % были психические нарушения. Представлены интересные данные о последствиях изнасилования для жертв преступления: тяжелые повреждения тела выявлены у 5 потерпевших, легкие — у 110, дефлорация — у 22, беременность в результате изнасилования наступила у 2 жертв, психические последствия агрессии отмечались у 26 женщин (нервное потрясение — у 17, невротоподобные состояния — у 9).

Совершение изнасилования является для преступника разрешением внутриспсихических, личностных и межличностных проблем. Жертвы изнасилования можно разделить на три группы: группа случайных жертв; группа неосознанно провоцирующего сексуальное поведение преступника; группа «жертв», сознательно провоцирующего сексуальное поведение преступника с предполагаемой целью в последний момент выйти из сложившейся ситуации, что им чаще сделать не удается.

По данным изучения 23 случаев групповых изнасилований, в 18 случаях женщины вели себя легкомысленно, а в 7 случаях — сексуально провоцирующе. В 17 случаях мужчины не планировали заранее преступления и совершили его в связи с возникновением благоприятствующей ситуации. 75% групповых изнасилований было совершено в период 20—22 часов, причем в 10 случаях — в квартире одного из преступников. В большинстве случаев до дня изнасилования жертвы и преступники не были знакомы между собой. Обсуждая проблему групповых изнасилований, выявлено, что первичной причиной доведения преступниками своего умысла до конца было не столько физическое воздействие, сколько деморализация жертв. Кроме того, этому способствовали: легкомысленное и наивное поведение жертв, провокация сексуального поведения с их стороны, а также ощущение некоторыми потерпевшими собственной вины в подобном поведении преступника. Во многих случаях жертвы не предпринимали никаких попыток к сопротивлению и не заявляли о случившемся происшествии. Более того, часть «потерпевших» не была обижена происшедшим и в дальнейшем поддерживала отношения с преступниками.

Существующее законодательное определение понятия «изнасилование» фактически не учитывает психических последствий этого преступления для жертвы и поэтому нуждается в дополнении. Отдаленные последствия изнасилования в последнее время все больше привлекают внимание исследователей. Примерно у 1/9 жертв изнасилования развивается специфический комплекс эмоциональных расстройств. В результате наблюдения 41 изнасилованной женщины на протяжении 1—2,5 лет после преступления установлено, что у 41% из них имеется фиксированный страх перед возможностью повторного изнасилования, у 32% отмечаются эмоциональные расстройства, у 22% развились сексуальные нарушения, а у 41% — депрессивная реакция.

Чаще всего изнасилованию подвергались кельнерши и проститутки. В 30% случаев либо преступники, либо их жертвы находились в состоянии

алкогольного опьянения. Большинство преступлений носило не случайный ситуационный характер, а было осуществлено умышленно и преднамеренно. Обсуждая литературные данные, установлено, что совершенно сокрытой от взглядов правоохранительных органов и исследователей является во многом неясная и дискуссионная проблема изнасилования собственной жены.

Исследования сексуального статуса насильников показали, что у них часто встречаются сексуальные расстройства (особенно нарушения эрекции и эякуляции), проблемы в супружеской жизни и агрессия в отношении женщин. Проведенное изучение изнасилования показало, что в 30 % случаев они были совершены в квартирах потерпевших и в 10 % случаев — в квартирах преступников. При обследовании потерпевших в 55% случаях у них отсутствовали какие-либо телесные повреждения, а при наличии таковых в 15% случаев они локализовались в области гениталий и в 23% — экстрагенитально. Характер вагинального коитуса насилые носило в 70,2% случаев, вагинального коитуса в сочетании с минетом — в 16,1%, сочетания вагинального и анального коитуса — в 2,4%, анального коитуса — в 1,9%, минета — в 1,3%, анального коитуса в сочетании с минетом — в 1,1%, а сочетания анального коитуса, вагинального коитуса и минета — в 1,4%.

## ПЕДОФИЛИЯ

Большинство авторов приводят следующее определение этого явления: «Педофилия представляет собой сексуальное отклонение, проявляющееся стремлением к сексуальным действиям с детьми. В этом смысле пол ребенка не имеет большого значения, поскольку тело ребенка, т. е. тело с признаками незрелости, составляет истинный сексуальный стимул, роль которого подобна роли фетиша». В связи с педофилией в сексологии нередко встречаются и такие понятия, как эфебофилия, нимфофилия и партенофилия.

Трактовка причин педофилии довольно разнообразна. Одни авторы полагают, что в основе педофилии могут лежать: сексуальная незрелость, сексуальные фрустрации, сексуальные девиации, психопатология. Другие считают, что причины педофилии кроются в невротизме, сексуальных фобиях, отсутствии уверенности в себе, семейной патологии, алкоголизме.

Обследование педофилов выявило у 75% из них патологическое развитие личности. З. Фрейд указывает, что в эксперименте при сексуальной стимуляции возбуждателями педофильного характера реакция сексуального возбуждения возникает у многих зрелых нормальных в сексуальном и психическом плане мужчин. Отсутствие же в их практике использования подобных сексуальных возбуждателей объясняется наличием комплекса защитных механизмов. Обсуждая результаты исследования обвиняемых в педофилии лиц, выявлено, что 50,2% из них имели только начальное образование, 60,6% не получили какой-либо профессиональной подготовки, 40% являлись рецидивистами. Жертвы педофилии не были ранее знакомы с преступниками в 60% случаев. Само преступление носило форму полового акта в 21,8% случаев, а в 31,7% —

педофильные действия заключались в ощупывании гениталий жертвы. Выделяют пять групп криминальной педофилии:

- 1-я группа — педофильные действия, совершенные молодыми преступниками под влиянием алкоголя, при отсутствии сексуальных отклонений; преступники этой группы также характеризуются примитивизмом личности;

- 2-я группа — педофильные действия в отношении близки» родственников, важную роль в совершении которых сыграл хронический алкоголизм и примитивизм преступников;

- 3-я группа — педофильные действия на чувственной основе, когда молодые преступники сожительствовали с 13—14-летними девушками на добровольных началах;

- 4-я группа — педофильные действия на девиантной основе, в том числе и гомосексуальные педофильные действия;

- 5-я группа — педофильные действия, совершенные пожилыми лицами (в возрасте старше 60 лет), преимущественно на фоне психоорганического синдрома.

В 74% случаев жертвами педофилии являются девочки в возрасте 12—14 лет, в 8% — близкие родственники преступников. Причем в 10% случаев жертвы в результате педофильных действий были заражены болезнями, передающимися половым путем. Общая характеристика обследованных представляется следующим образом: начальное образование, отсутствие профессиональной подготовки, наличие в анамнезе судимости, злоупотребление алкоголем, аморальный образ жизни, неуживчивость, негативные личностные черты.

### **ЭКСГИБИЦИОНИЗМ**

Эксгибиционизм представляет собой сексуальное отклонение, основанное на показывании (демонстрации) собственных половых органов незнакомым лицам и вне контекста, связанного с приготовлением к половому акту, с целью получения сексуального удовлетворения. Эксгибиционизм традиционно считается мужской «привилегией». Однако ряд авторов отмечают, что некоторые женщины, например, занимающиеся профессиональным стриптизом, имеют определенные эксгибиционистские тенденции.

Врачи на основании всестороннего медицинского анализа эксгибиционизма приходят к убеждению, что эксгибиционисты - несчастные, достойные сочувствия люди, полностью находящиеся во власти сложившейся патологической ситуации и требующие оказания медицинской помощи. Их действия не носят характера физической агрессии и не представляют угрозы для общества. Применение к ним уголовного наказания неоправданно и может лишь усугубить патологию, но никак не ликвидировать ее.

### **ИНЦЕСТ (КРОВОСМЕШЕНИЕ)**

Под incestом понимается сексуальная связь между близкими (кровными) родственниками. Степень родства регламентируется правовыми нормами, которые могут быть различными не только в разных странах, но с течением времени изменяться в одной и той же стране. Например, в Европе X века incestом была объявлена половая связь между родственниками вплоть до 7-й степени родства. Это привело к тому, что традиционно заключавшиеся аристократией близкородственные браки стали признаваться недействительными.

Наиболее распространенной формой incestного контакта является контакт отец—дочь. Различают три типа таких отцов: отцы-интроверты, отцы-психопаты (со склонностью к промискуитету) и отцы с психосексуальным инфантилизмом (со склонностью к педофилии). Эти мужчины достаточно широко практикуют incestное поведение. Причем часть их жен по тем или иным причинам ограничивают либо полностью прекращают половую жизнь с супругом, а incestное поведение мужей терпят или делают вид, что его не замечают. Жертвы incestа нередко сами провоцируют своих отцов, а 75% дочерей не возражали против половой связи с ними, будучи в дальнейшем свободными в выборе сексуального партнера.

Генез incestа можно трактовать с позиций социокультурной теории, отмечая, что ни один из отцов не был психически больным человеком, все они видели идеал мужчины в супермене, супруги их отличались чрезмерной терпимостью, а большинство дочерей воспринимало поведение отцов как нормальное явление. Кроме того, в литературе рассматриваются incestные взаимоотношения в системах: брат—сестра; бабушка — внучка; дядя — племянница; мать — сын. У большинства из них были диагностированы психические нарушения. Общими характерными чертами семей, в которых совершался incest, были — многодетность, финансовые проблемы и выраженная материальная зависимость жертв от преступников. Основной причиной incestного поведения был алкоголизм и злоупотребление алкоголем.

При сексологической оценке incestа необходимо учитывать следующие факторы: степень родства партнеров, форму осуществления incestных контактов (коитальные, некоитальные, какого вида), их гомо- или гетеросексуальный характер, возрастную комбинацию партнёров (взрослый — взрослый, взрослый — ребенок, ребенок — ребенок), добровольность или насильственность отношений и степень насилия и согласия, содержание сексуальных фантазий и эротических сновидений у партнеров, наличие у них девиантных тенденций и их характер психопатологический профиль партнеров.

## **УБИЙСТВО**

Если в процессе расследования появляется подозрение, что данное убийство могло быть совершено на сексуальном фоне (например, в связи с удовлетворением сексуальных потребностей или убийством постоянного сексуального партнера), то возникает необходимость участия в деле эксперта-сексолога. При этом от эксперта ожидают установления психосексуальной

структуры личности преступника и выявления механизмов, которые могли бы руководить его поведением в момент совершения преступления.

Убийство любовницы чаще совершается по следующим мотивам: наличие нежелательной беременности, угроза возможной огласки связи (проявляющаяся в том числе и в форме шантажа со стороны любовницы), невозможность легализации связи, экономические факторы (невозможность содержания любовницы или экономическая зависимость от нее), характерологические особенности партнеров. Обычно убийство сначала вызывает у преступника чувство облегчения, а затем — страх перед наказанием. В случаях убийства жены автор указывает на следующие возможные мотивы совершения преступления: характерологические особенности партнеров, равнодушие жены к супругу, чувство своей ненужности в семье. Это приводит к обидам, раздражению, которые особенно усиливаются в состоянии алкогольного опьянения.

К характерным признакам убийств, совершенных с целью удовлетворения преступником своих садистских и вампирских сексуальных потребностей относятся: нанесение ударов ножом в область молочных желез и половых органов жертвы, сосание и облизывание преступником возникших при этом ран, трение о них половым членом. В процессе совершения этих действий и при виде страданий умирающей жертвы у преступника могут появляться эрекция полового члена и семяизвержение. Совершающие такие убийства лица склонны к их периодическому повторению, причем в интервале между преступлениями они могут вести себя как совершенно нормальные люди.

Различают шесть типов сексуальных убийств:

- убийство, совершаемое с целью достижения оргазма (убийство из похотливых побуждений);
- убийство, совершаемое в процессе переживания оргазма;
- убийство, совершаемое с целью (или в процессе) подавления сопротивления избранной для удовлетворения сексуальных потребностей жертвы;
- убийство, совершаемое с целью сокрытия сексуального преступления (например, изнасилования);
- убийство, совершаемое с целью (или в процессе) лишения жертвы возможности призывов о помощи или прекращения этих призывов;
- убийство, похожее на убийство, совершенное с целью достижения оргазма.

В момент совершения преступления 70% обследованных находились в состоянии алкогольного опьянения. 52% лиц, совершивших сексуальное убийство, имели в прошлом судимость за совершение иных преступлений (хулиганство, разбой, нанесение телесных повреждений). 72% обследованных были не женаты. Имеются некоторые характерные черты для рецидивирующих убийств, совершаемых из похотливых побуждений: случайный выбор жертвы, стереотипность действий преступника при совершении всех убийств, тщательный выбор места для совершения преступления, редкие случаи изуродования тела жертвы, серийность преступлений. Личность преступников,

совершающих сексуальные убийства, автор характеризует следующим образом: это всегда мужчина, чаще в возрасте до 40 лет, действующий в одиночку, психопат, сексуально фрустрированный, не умеющий налаживать контакты с женщинами, конфликтный в быту и на работе, ничем не выделяющийся в толпе, вменяемый, первое убийство чаще совершающий не по сексуальным мотивам. 75% их жертв принадлежит к кругу близко знакомых или членов семьи. Причинами сексуальных фрустраций этих преступников являются импотенция, пороки строения полового члена, отвержение женщинами.

Убийство с целью получения сладострастных переживаний является крайним проявлением садизма. Наслаждение и сексуальное удовлетворение достигаются убийством жертвы, что является крайним выражением исполнения над ней полной власти. При убийстве с целью достижения наслаждения вовсе не обязательно половое сношение. Сексуальное удовлетворение может быть достигнуто путем имитации генитального проникновения в тело жертвы, при котором разрываются естественные отверстия тела, разрезается грудь, горло и половые органы, иногда может быть расчленено все тело.

#### **Контрольные вопросы.**

1. Какова распространенность сексуальной преступности?
2. Назовите факторы, влияющие на сексуальную преступность.
3. Дайте характеристику личности сексуальных преступников.
4. Как вы понимаете девиации и сексуальную преступность?
5. Назовите виды сексуальных преступлений.

## ГЛАВА 3

### ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ЭКСПЕРТА-СЕКСОЛОГА

#### *Юридические аспекты*

Сама возможность проведения врачом судебной экспертизы вытекает из следующего положения о врачебной профессии: «В профессиональные обязанности врача входят лечение, профилактика, а также дача врачебного заключения». Деятельность врача не ограничивается и не может ограничиваться только проведением лечения. Деятельность социального и профилактического характера также является его прямой обязанностью. К обязанностям врача следует также отнести и сотрудничество с теми учреждениями, которые нуждаются в его знаниях.

Привлекаемый в качестве эксперта врач-сексолог должен не только иметь соответствующую профессиональную квалификацию, но также обязан обладать и чувством ответственности, быть объективным и в должной мере знать закон. Преступления, при расследовании которых могут быть привлечены эксперты-сексологи, определены уголовным законодательством.

В Уголовном кодексе Республики Узбекистан эти преступления регламентированы следующими статьями:

#### **Преступления против половой свободы**

##### **Статья 118. Изнасилование.**

Изнасилование, то есть половое сношение с применением насилия, угроз или с использованием беспомощного состояния потерпевшего, -

Наказывается лишением свободы от трех до семи лет.

Изнасилование:

а) двух или более лиц;

б) совершенное повторно, опасным рецидивистом или лицом, ранее совершившим преступление, предусмотренное статьей 119 настоящего Кодекса;

в) совершенное группой лиц;

г) сопряженное с угрозой убийством, - наказывается лишением свободы от семи до десяти лет.

Изнасилование:

а) лица, заведомо для виновного не достигшего восемнадцати лет;

б) близкого родственника;

в) совершенное участником массовых беспорядков;

г) совершенное особо опасным рецидивистом;

д) повлекшее тяжкие последствия, - наказывается лишением свободы от десяти до пятнадцати лет.

Изнасилование лица, заведомо для виновного не достигшего четырнадцати лет, - наказывается лишением свободы от пятнадцати до двадцати лет.

**Статья 119. Насильственное удовлетворение половой потребности в противоестественной форме.**

Удовлетворение половой потребности в противоестественной форме с применением насилия, угроз или с использованием беспомощного состояния потерпевшего – наказывается лишением свободы от трех до семи лет.

Те же действия:

а) в отношении двух или более лиц;

б) совершенное повторно, опасным рецидивистом или лицом, ранее совершившим преступление, предусмотренное статьей 118 настоящего Кодекса;

в) совершенные группой лиц;

г) сопряженные с угрозой убийством, - наказываются лишением свободы от семи до десяти лет.

Действия, предусмотренные частью первой или второй настоящей статьи:

а) совершенные в отношении лица, заведомо для виновного не достигшего восемнадцати лет;

б) совершенные в отношении близкого родственника;

в) совершенные участником массовых беспорядков;

г) совершенные особо опасным рецидивистом;

д) повлекшее тяжкие последствия, - наказываются лишением свободы от десяти до пятнадцати лет.

Действия, предусмотренные настоящей статьей, совершенные в отношении лица, заведомо для виновного не достигшего четырнадцати лет, - наказываются лишением свободы от пятнадцати до двадцати лет.

**Статья 120. Бескалбазлык (мужеложество).**

Бескалбазлык, то есть удовлетворение половой потребности мужчины с женщиной без насилия, - наказывается лишением свободы до трех лет.

**Статья 121. Понуждение женщины к вступлению в половую связь.**

Понуждение женщины к половому сношению или к удовлетворению половой потребности в противоестественной форме лицом, в отношении которого женщина находилась в служебной, материальной или иной зависимости, - наказывается исправительными работами до двух лет или арестом до шести месяцев.

То же действие, сопряженное с половым сношением или удовлетворением половой потребности в противоестественной форме, - наказывается исправительными работами от двух до трех лет или лишением свободы от трех до пяти лет.

## **Преступления против семьи, молодежи и нравственности**

### **Статья 128. Всупление в половую связь с лицом, не достигшим шестнадцати лет.**

Половое сношение или удовлетворение половой потребности в противоестественной форме с лицом, заведомо для виновного не достигшим шестнадцати лет, - наказывается исправительными работами до двух лет или арестом до шести месяцев либо лишением свободы до трех лет.

Те же действия, совершенные:

- а) повторно или опасным рецидивистом;
- б) лицом, ранее совершившим преступления, предусмотренные статьями 118 или 119 настоящего Кодекса, - наказываются лишением свободы от трех до пяти лет.

### **Статья 129. Развратные действия в отношении лица, не достигшего шестнадцати лет.**

Совершение развратных действий без применения насилия в отношении лица, заведомо для виновного не достигшим шестнадцати лет, - наказывается исправительными работами до двух лет или арестом до шести месяцев.

Те же действия, сопряженные с применением насилия или угроз, - наказываются исправительными работами от двух до трех лет или лишением свободы до пяти лет.

Установленный законом возрастной критерий иногда порождает некоторые проблемы, поскольку внешний вид жертвы может создавать впечатление о том, что она уже достигла данного возраста. Это очень деликатная и трудная проблема. Можно подвергнуть сомнению определенный законом именно 16-летний возрастной рубеж в качестве критической границы для установления допустимости сексуальных действий с несовершеннолетними. В экспертной практике подобные ситуации требуют тщательного анализа конкретного случая и уровня физического и психического развития потерпевшей стороны. Нередко приходится сталкиваться со случаями, когда одна девушка-подросток не только выглядит взрослой, но и имеет богатый сексуальный опыт, в то время как другая ее ровесница не только девственна, но и еще ни физически (биологически), ни психически (психосексуально) не достигла половой зрелости.

Понятие «развратные действия» в данном случае охватывает практически любые сексуальные действия (петтинг, орализм, анализм, сношение между бедер, половой акт в преддверии влагалища, полное половое сношение и т.д.).

### **Статья 130. Изготовление или распространение порнографических предметов.**

Изготовление с целью демонстрации или распространения, а равно демонстрация или распространение порнографических предметов лицам, не достигшим двадцати одного года, совершенные после применения

административного взыскания за такие же действия, - наказывается штрафом от ста до двухсот минимальных размеров заработной платы или исправительными работами до трех лет.

Помимо указанных статей в УК Республики Узбекистан имеются и другие, касающиеся преступлений, которые могут быть сопряжены с сексуальными преступлениями. К ним относятся:

**Статья 97. Умышленное убийство**

**Статья 104. Умышленное тяжкое телесное повреждение**

**Статья 109. Умышленное легкое телесное повреждение**

**Статья 112. Угроза убийством или применением насилия.**

**Статья 113. Распространение венерического заболевания или заболевания СПИД**

**Статья 110. Истязание.**

**Статья 127. Вовлечение несовершеннолетнего в антисоциальное поведение**

Различают также действия, совершенные по сексуальным мотивам, но подпадающие под юрисдикцию других статей УК, например:

**Статья 134. Надругательство над могилой (например, при некрофилии)**

**Статья 202. Нарушение порядка пользования животным или растительным миром (например, в случаях гибели животных, явившихся объектом сексуальных притязаний лица, страдающего зоофилией или зоосадизмом)**

**Статья 228. Изготовление, подделка документов, штампов, печатей, бланков, их сбыт или использование (например, лицами, страдающими транссексуализмом или трансвестизмом)**

### *Анализ материалов дела*

Проведение анализа материалов дела является одним из основных экспертных действий, осуществляемых в процессе производства судебно-сексологической экспертизы. Экспертному изучению подлежат документы, в которых формулируются обвинения, показания свидетелей и другие материалы дела, содержащие сведения об обстоятельствах совершенного преступления. На основании их анализа у эксперта складывается общая картина преступления, а при изучении материалов гражданских дел (например, бракоразводных) — картина эволюции супружеской жизни. Нередко в материалах дела содержатся и заключения врачей-экспертов других специальностей (судебного медика, судебного психиатра, судебного психолога), данные которых представляют для эксперта-сексолога особую ценность.

Материалы дела содержат большое количество сведений об обследуемом лице. В процессе анализа этих данных образ подэкспертного складывается, как мозаика, из разрозненной информации: показаний свидетелей, родственников,

членов семьи, показаний самого обвиняемого (которые нередко изменяются в ходе расследования), данных о его социальной среде и т. п.

Следует еще раз подчеркнуть, что тщательное изучение материалов дела дает эксперту возможность получить сведения, которые позволяют представить всю картину совершенного преступления и создать для себя определенный образ его участников. Несомненно, что возникающий в итоге у эксперта взгляд на имевшую место ситуацию и личность освидетельствуемого сам по себе не является основой для дачи заключения. Ценность создания подобных образов состоит в том, что на базе своего профессионального и жизненного опыта эксперт получает возможность целостного восприятия конкретного дела, так как каждое дело в чем-то неповторимо. В процессе последующего непосредственного общения эксперта с обследуемым лицом происходит индивидуализация возникших при изучении материалов дела образов.

Примерно то же самое происходит и в зале судебного заседания, где образы имевшейся ситуации и личности подсудимого создаются у эксперта в процессе процедуры судебного разбирательства. При этом эксперт имеет и возможность непосредственного наблюдения за подэкспертным вне хода экспертизы, что позволяет установить ряд его личностных черт и психических потребностей, необходимых для выяснения поведенческих механизмов, руководивших его действиями в конкретной ситуации.

Опытные эксперты обычно имеют собственные методы анализа материалов дела. Одни из них рекомендуют тщательное и подробное изучение всех материалов дела путем их прочтения «буквально страница за страницей». Другие же, наоборот, считают, что первоначально надо лишь бегло просмотреть представленное дело для знакомства с ним по существу, а уже после проведения обследования подэкспертного следует провести тщательный анализ всех полученных материалов. По их мнению, такая методика позволяет эксперту не попасть под влияние версии, изложенной следователем. В экспертной работе необходимо придерживаться данной методики анализа материалов дела.

В связи с отсутствием типовой схемы существуют различные подходы к отображению материалов дела в соответствующем разделе заключения эксперта. Одни эксперты стараются как можно подробнее изложить полученные при анализе дела данные, другие же приводят лишь самое существенное, наиболее приближенное к предмету экспертизы и органически сочетающееся с данными объективного обследования подэкспертного и выводами эксперта. Следует отметить, что, хотя подробное изложение материалов дела в заключении эксперта и не имеет никакой ценности для суда и следствия, оно тем не менее весьма ценно для научных целей и фактически отражает под определенным углом зрения исследование конкретной человеческой субпопуляции.

Подробное изложение материалов дела в заключении является также одним из приемов, которым пользуются некоторые эксперты, стремящиеся доказать себе и другим, что они прилежно выполняют свои обязанности и ничего не упустили из виду. Располагающие большим опытом эксперты чаще

переносят в свое заключение лишь те фрагменты дела, которые необходимы им для производства обследования и формулирования выводов. Необходимо еще раз подчеркнуть, что как таковые данные материалов дела не могут играть решающей роли для экспертных выводов. Практика показывает, что совсем не редки случаи, когда эксперт в результате произведенных исследований приходит к выводам, прямо противоположным тем, которые вытекают из материалов расследования. Поэтому каждый эксперт должен проявлять воздержанность в доверии к дачным, полученным следствием. Это вовсе не равнозначно отсутствию доверия к следствию, но заключение эксперта должно основываться только на полученных им лично объективных данных при обязательном условии полной независимости мнения эксперта от кого-либо.

Думается, что многие эксперты согласятся и с тем, что помимо задач конкретной экспертизы, материалы дела часто являются для эксперта источником его познаний о повседневной жизни людей и тех средовых и личностных влияниях, которые обуславливают поведение человека. Эта познавательная роль материалов дела часто бывает значительно более существенной, чем та, которую могут сыграть самые объемные научные труды или выдающиеся произведения литературы и искусства. При изучении материалов дела подчас приходится встречаться с такими крайними формами человеческого поведения, которые превосходят границы самого богатого воображения и смыкаются с кругами дантова ада. В материалах дела можно встретиться и с проявлениями наивысшего альтруизма, а нередко в них можно найти и подтверждение распространенному мнению о том, что в каждом человеке дремлет двойственная личность, в которой мирно сосуществуют добро и зло.

### ***Заключение эксперта-психолога в ходе судебно-сексологической экспертизы***

В последние годы широко обсуждается вопрос о роли специалиста в области психологии, участвующего в качестве эксперта в уголовном деле, а также об эффективности привлечения психолога к производству судебной экспертизы. Привлечение такого специалиста к участию в судебно-сексологической экспертизе в качестве самостоятельного, эксперта целесообразно по ряду причин. Психолог шире и глубже анализирует личность обследуемого, мотивы его поведения в криминальной ситуации, пределы вменяемости. Во многих случаях его заключение позволяет точнее диагностировать и дифференцировать фон, на котором возникли сексуальные нарушения у подэкспертного (органический, психогенный, социогенный). Неоценимой может оказаться помощь эксперта-психолога в тех случаях, когда эксперт-сексолог не имеет достаточной подготовки в области психопатологии и не владеет методами психологического исследования.

Необходимо учесть, что эксперт-психолог в своей работе руководствуется не только данными тестовых психологических исследований, а эффективно использует специальные познания и при анализе материалов

дела, и при непосредственном наблюдении за личностью обследуемого в процессе производства экспертизы. Являясь специалистом в своей области, он может обратить внимание на ряд существенных для дела в целом и для экспертизы в частности моментов, которые ускользнули от внимания недостаточно искушенного в области психологии эксперта-сексолога.

В последнее время по делам о сексуальных преступлениях все чаще дается экспертное заключение, подготовленное коллективом специалистов: сексологом, психиатром и психологом. Подобные заключения экспертизы для следствия и суда наиболее ценны, так как позволяют создать цельный взгляд на личность участников сексуального преступления, основанный на многостороннем анализе различными специалистами.

### *Судебно-сексологическое заключение*

Заключение эксперта-сексолога включает в себя следующие типовые разделы:

1. 1. **Вводная часть.** В ней указываются: номер данного заключения; время проведения экспертизы; кто ее назначил; кем и где произведена; каким способом (амбулаторно, стационарно); данные освидетельствуемого лица (фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, происхождение, образование, профессия, семейное положение).

2. 2. **Данные материалы дела.** В этом разделе указываются: поставленные на разрешение экспертизы вопросы; изложенные в постановлении следствия или суда о назначении экспертизы обстоятельства данного дела; выписки из представленных материалов дела; данные представленных эксперту медицинских и иных документов; данные о другой информации, которой располагал эксперт в момент производства экспертизы (например, заключения медицинских экспертиз, произведенных врачами других специальностей или другими врачами той же специальности и т. п.).

3. 3. **Данные произведенного сексологического исследования.** В этой части экспертизы указываются: результаты анамнестического обследования подэкспертного; описание всех других примененных методов исследования и их результаты; данные соматического исследования; данные произведенных лабораторных исследований; описание поведения обследуемого лица в процессе производства экспертизы.

4. 4. **Выводы эксперта и их обоснование.** В данном разделе указываются: установленный экспертом диагноз, ответы на все поставленные перед экспертом вопросы и их научное обоснование.

Завершающий раздел судебно-сексологического заключения наиболее важен как для назначившей экспертизу стороны, так и для обследуемого лица и его защиты. Надлежащим образом сформулированные выводы должны быть ясными, очевидными, мотивированными и обоснованными, а самое главное — понятными для лиц, не являющихся специалистами в области сексологии и медицины.

Полученные в процессе производства экспертизы данные позволяют эксперту полностью разрешить все поставленные перед ним. В тех же случаях, когда произведенные исследования не дали однозначных результатов, формулировка выводов может носить альтернативный характер. Если эксперт не может ответить на отдельные вопросы, в том числе и в связи с тем, что их решение выходит за пределы его компетенции, то это также должно быть отражено и соответствующим образом мотивировано в его выводах. В необходимых случаях эксперт указывает, что для решения тех или иных вопросов необходимо привлечь к участию в экспертизе специалистов другого профиля, либо произвести дополнительно определенное исследование, либо провести или продолжить данную экспертизу не амбулаторным, а стационарным способом.

Выводы должны быть обоснованы результатами произведенных в процессе экспертизы исследований. Научное обоснование выводов может быть сформулировано в категорической или гипотетической форме.

Наиболее сложным является вопрос о вменяемости подэкспертного. Обычно его решение является прерогативой самостоятельной судебно-психиатрической экспертизы. Вместе с тем этот вопрос может решаться комплексно и в процессе судебно-сексологической экспертизы, при условии участия в ней экспертов-психиатров. Причем в данном случае психиатры должны решить вопрос о вменяемости подэкспертного только после того, как эксперты-сексологи выполнят свою (сексологическую) часть экспертизы и с обязательным учетом данных ими выводов. Отсюда становится понятным, что в тех случаях, когда судебно-сексологическая и судебно-психиатрическая экспертиза проводятся раздельно, первая из них всегда должна предшествовать последней.

По вопросу о вменяемости лиц, совершивших сексуальные преступления, разными психиатрическими школами и отдельными исследователями высказываются крайне противоречивые мнения. Большинство специалистов согласны с тем, что преступное поведение лиц, страдающих сексуальными нарушениями, умственной отсталостью, психическими и психоорганическими заболеваниями, может быть связано со значительно ограниченной вменяемостью или полной их невменяемостью. Однако при наличии у совершивших половые преступления лиц сексуальных девиаций или при совершении этих преступлений субъектами с патологическим развитием личности — мнение специалистов об их вменяемости расходится. Ряд авторов в этих случаях считают возможным установление у таких лиц ограниченной вменяемости и реже — невменяемости. Другие же считают, что в этих случаях речь может идти только о незначительном ограничении или неполной вменяемости.

Абстрагируясь от противоречий между различными школами и отдельными специалистами, есть мнение, что решение вопроса о вменяемости лица, совершившего сексуальное преступление, должно производиться строго индивидуально в каждом конкретном случае, а не шаблонным путем. Так, в практике неоднократно встречались сексуальные преступники с

патологическим развитием личности, обладавшие, однако, отменной вменяемостью.

При решении вопроса о вменяемости/невменяемости обычно руководствуются принципом разделения этого понятия на две составляющие: способность подэкспертного к пониманию совершенного поступка и способность к его руководству собственными действиями.

На практике довольно часто встречаются ситуации, когда преступник понимал значение совершаемого им поступка, но в связи с наличием той или иной патологии не мог руководить своими действиями и наоборот. Можно сказать, что он был полностью вменяем по одной составляющей, но при этом ограниченно вменяем или полностью невменяем по другой. Случаи, когда ограничение вменяемости или полная невменяемость наблюдаются по обоим составляющим, встречаются значительно реже и в основном отмечаются у тяжело психически больных или значительно умственно отсталых лиц. Однако при всей очевидной справедливости подобного подхода к вопросу о вменяемости обследуемого лица многие эксперты недооценивают значение этого принципа. К сожалению, подобное разделение понятия вменяемость (невменяемость) отвергается многими прокурорами и судьями, что нередко приводит к возникновению конфликтных ситуаций в суде.

### *Эксперт в зале судебного заседания*

Ход судебного процесса порой напоминает захватывающее театральное действие. Однако, в отличие от театра, в суде каждое действующее лицо исполняет не придуманную, а свою собственную жизненную роль. Особенность положения всех участников процесса заключается в том, что каждый из них является не только исполнителем той или иной роли, но одновременно и зрителем, пристрастно наблюдающим за игрой остальных «актеров». Не избегает этой участи и эксперт. При этом в ряде случаев его поведение и действия находятся в прямой зависимости от поведения и действий иных участников процесса, которые, в свою очередь, наблюдают за экспертом, оценивают его поведение и анализируют действия.

В подавляющем большинстве случаев при рассмотрении как уголовных, так и гражданских дел эксперту не приходится сталкиваться со сколько-нибудь серьезными затруднениями при исполнении своей роли в судебном заседании. Однако, как показывает наш многолетний опыт, при рассмотрении некоторых дел эксперт встречается с некоторыми довольно типичными проблемами. Чаще всего они обусловлены не профессиональными характеристиками эксперта и данного им заключения, а субъективным мнением участвующих в процессе, их реакциями эмоционального плана. Участники процесса оценивают обсуждаемые в суде сексуальные проблемы в первую очередь с точки зрения своего жизненного опыта, собственных позиций по отношению к другому полу и к вопросам секса, индивидуального уровня морально-этических ценностей. При этом существенную роль играет и глубочайшая интимность рассматриваемых вопросов, которая нередко создает барьер естественной стыдливости при

обсуждении сексуальных проблем в зале суда. Так, например, бывают случаи, когда оглашение экспертом заключения, в котором подробно рассматриваются механизмы сексуального поведения и психосексуальной ориентации подсудимого, производит эффект взорвавшейся бомбы и ввергает участников процесса в эмоциональный шок. После этого в ранее шумном зале суда возникает гробовая тишина и никто из участников процесса не желает задавать эксперту какие-либо вопросы даже в тех случаях, когда рассматриваемое дело полно противоречий.

В других случаях заключение эксперта вызывает протест потому, что изложенное в нем мнение эксперта противоречит имеющимся у кого-то из участников процесса установкам по отношению к сексу, субъективному жизненному опыту или его мировоззрению. Так, в юридической практике был случай, когда судья-женщина никак не могла согласиться с мнением эксперта о том, что практиковавшиеся подэкспертным гетеросексуальные орально-генитальные ласки являются нормальным проявлением сексуальности. По глубокому убеждению судьи, подобные действия должны были рассматриваться как девиантные, либо как свидетельствующие о развращенности подсудимого лишь на том основании, что лично у нее они вызывали отвращение. Приведенный пример с успехом иллюстрирует характерные для многих судей затруднения, вызываемые необходимостью дать оценку сексуальным проблемам.

Такое положение в большинстве случаев обусловлено невысоким уровнем сексуальной культуры общества, в котором по отношению к сексу проявляется традиционный ригоризм. Поэтому мнение эксперта-сексолога по тем или иным вопросам может являться шокирующим для суда, так как противоречит взглядам его участников. Подобные разногласия чаще возникают в случаях рассмотрения вопросов о групповом сексе, гетеросексуальных, орально- и анально-генитальных контактах, гомосексуализме, которые многими людьми однозначно трактуются как сексуальные девиации, проявления психических заболеваний или развращенности. Конфликты между экспертом и прокурором в суде чаще возникают на почве оценки вменяемости лица, совершившего сексуальное преступление. В большинстве случаев подобные конфликты обусловлены тем, что многие прокуроры не признают разделения критерия невменяемости на два самостоятельных признака и считают, что вменяемость по одному из них автоматически определяет вменяемость и по другому. В случаях возникновения таких конфликтов обвинение нередко настаивает на назначении повторной экспертизы.

Наибольшее количество проблем в судебном заседании как по гражданским, так и по уголовным делам, возникает у эксперта-сексолога при общении с адвокатами. Многие из них — настоящие эрудиты в области сексологии и без труда находят противоречия между данной экспертом научной трактовкой конкретного случая с трактовкой подобных случаев другими сексологическими школами. Поэтому эксперты, слабо разбирающиеся в теоретических положениях сексологии, а также невнимательно следящие за новейшими достижениями в своей специальности, при столкновении с такими

адвокатами часто попадают в затруднительное положение. Но значительно чаще возникают ситуации, когда свое несогласие с мнением эксперта защита пытается обосновать, используя для этого уже устаревшие научные сведения.

Среди защитников встречаются очень эмоциональные личности, которые настолько сживаются с положением своего клиента, что невольно начинают проецировать на него свои собственные жизненные и сексуальные позиции. Нередко это приводит к тому, что, забываясь, адвокат начинает задавать эксперту вопросы, напрямую противоречащие интересам подзащитного. Однако чаще встречаются случаи, когда адвокат пытается приписать жертве сексуальной агрессии, пострадавшей от его подопечного, провоцирующее сексуальное поведение. При этом защитник старается отыскать сексуальный подтекст в любых, даже самых невинных действиях потерпевшей (го). Очень распространенным мотивом, выдвигаемым защитой для доказательства добровольного совершения потерпевшей полового акта, является абсолютно голословное утверждение того, что здоровую взрослую женщину невозможно изнасиловать, если она сама того не хочет.

Имеются случаи, когда защитник не дает себе труда внимательно изучить материалы дела и произведенной экспертизы и ставит вопросы, исчерпывающие ответы на которые уже были изложены в заключении эксперта. Приходится сталкиваться и с такими «защитниками», которые настолько слабо ориентируются в сущности дела, что при наличии результатов экспертизы более чем удовлетворяющих интересам его подзащитного так формулируют свои вопросы эксперту, что им может позавидовать любой обвинитель.

Некоторые эксперты имеют тенденцию к слишком категоричному формулированию своих выводов, а ряд экспертов грешит при этом и выходом за пределы своей компетенции. Несомненно, что в подобных случаях опытному адвокату не составляет большого труда соорудить эксперту такую «ловушку», из которой бывает очень трудно выбраться. Естественно, что в подобных же ситуациях оказываются и эксперты, которые небрежно относятся к производству экспертизы и оформлению заключения. Однако значительно чаще сами адвокаты таким образом формулируют вопросы перед экспертом, чтобы спровоцировать его на выход за пределы своих познаний (например, перед экспертом-сексологом, не являющимся психиатром, ставятся вопросы, заведомо относящиеся к компетенции судебно-психиатрической экспертизы).

Распространена и такая уловка у защиты: выяснение у эксперта диагностических возможностей разных методов исследования при производстве сексологической экспертизы. При этом достаточно эксперту подойти к рассмотрению такого вопроса с чисто научной, теоретической точки зрения, как сразу же последует ходатайство адвоката о назначении дополнительной экспертизы его подзащитному для проведения сложных диагностических исследований, которые не были произведены в ходе настоящей экспертизы. Доказать же в этом случае нецелесообразность использования дополнительных методов исследования бывает крайне затруднительно. Никогда не следует поддаваться на провокацию защиты,

ставящей перед экспертом вопросы общетеоретического и даже философского плана. В подобных, лишенных конкретики, рассуждениях можно зайти так далеко, что у суда невольно возникнет сомнение в компетентности эксперта.

Многие эксперты болезненно реагируют на попытки подрыва их профессионального авторитета, предпринимаемые защитой. В этих ситуациях следует помнить, что эксперт всегда должен сохранять самообладание, несмотря ни на какие провокации, так как именно выведенный из состояния равновесия, раздраженный и волнующийся эксперт становится наиболее уязвимым для заранее спланированных адвокатом действий, и каждая самая пустячная допущенная экспертом ошибка будет взята защитой на вооружение и использована в целях дальнейшего умаления профессионального достоинства эксперта.

Кроме указанных, наиболее часто встречающихся экспертом в зале суда ситуаций, создающих для него определенные проблемы, имеется и ряд иных, более редких, но тем не менее довольно типичных случаев, когда у эксперта также могут возникать затруднения. К ним следует отнести трудности при защите своего мнения, которое в данном случае можно изложить только в альтернативной форме. Не так уж редки и случаи, когда только в зале суда эксперт узнает о существовании таких обстоятельств дела, которые не были ему известны при производстве экспертизы, но существенно влияют на полученные в ходе ее результаты. Иногда приходится встречаться и со случаями, при которых подсудимый в зале суда заявляет, что эксперт в своем заключении якобы неверно или не в полном объеме отобразил сообщенные ему сведения, либо подсудимый отрицает производство ему в ходе экспертизы тех или иных исследований.

Многие эксперты, осознавая те трудности, которые могут возникнуть перед ними в судебном заседании, заведомо стараются ограничить свое участие в судебном разбирательстве только защитой данного заключения. Несомненно, что подобная практика вполне понятна, однако с профессиональной точки зрения большие симпатии вызывает активная позиция эксперта, при которой может быть получена ценная информация для окончательного формулирования им своих выводов по конкретному делу. В связи с этим напрашивается один пример из юридической практики: при рассмотрении в суде, казалось бы, банального дела об изнасиловании, благодаря вопросам эксперта, целенаправленно поставленным перед предполагаемой жертвой, обвинение подсудимого в совершении преступления было полностью подорвано и в итоге вынесен оправдательный приговор.

### **Контрольные вопросы.**

1. Каковы юридические аспекты работы эксперта-сексолога?
2. Как проводится анализ материалов дела?
3. Как составляется заключение эксперта-психолога в ходе судебно-сексологической экспертизы?

4. Что отражается в судебно-сексологическом заключении?
5. С какими проблемами встречается эксперт в зале судебного заседания?

## ПРИЛОЖЕНИЕ

### Словарь сленга злоупотребляющих наркотиками и другими токсическими веществами

*Балдеж* — сильное опьянение с оглушенностью, нередко достигается сочетанным действием алкоголя с транквилизаторами

*Баиш* — доза гашиша, обычно около 1 г

*Глюки* — галлюцинации или онейроидные переживания, вызванные ингалянтами или циклодолом; «поймать глюки» — вызвать их с помощью этих средств

*Гонец* — член группы наркоманов, занимающийся переноской и перевозкой наркотиков

*Дед* — лидер подростковой группы, обычно старший по возрасту

*Держать на поводке* — удерживать члена группы наркоманов в рабской зависимости за денежные долги

*Джеф* — эфедрон

*Дима* — димедрол

*Дурь* — гашиш

*Кайф* — блаженное состояние с эйфорией

*Качалка* — скрытое помещение (часто подвал) для совместных силовых гимнастических упражнений и борьбы («накачивания мышц»); здесь же могут делать инъекции анаболических стероидов

*Кинуть* — ввести какое-либо средство внутривенно

*Кода* — кодеин

*Кокнар* — отвар молодых головок мака, который концентрируют выпариванием и полученный препарат вводят внутривенно

*Коктейль Джеф* - эфедрон

*Колеса* — любые препараты в виде таблеток

*Косяк* — сигарета с гашишем

*Кролик* — самый зависимый от всех членов группы наркоманов, которого за «долги» используют для испытания действия самодельных препаратов

*Куб* — 1 мл раствора

*Кукнар* — то же, что кокнар

*Кумир* — то же, что «ломка», т. е. абстиненция

*Ломка* — абстиненция на II стадии опийной наркомании (название происходит от ломящей боли в мышцах)

*Мажоры* — группа стремящихся к «роскошному» образу жизни (рестораны, вечеринки на комфортабельных загородных дачах и богато обставленных квартирах, дорогая импортная одежда); деньги нередко добывают фарцовкой; склонны к выпивкам, эпизодическому курению гашиша

*Мария* — опий

*Марфа* — морфин

*Марцефаль* — эфедрон

*Марьянка* — опий

*Машина* — шприц

*Мулька* — эфедрон  
*Мультики* — галлюцинации в виде подвижных маленьких человечков и зверюшек, напоминающие мультипликационные фильмы. Возникают при действии ингалянтов  
*Мурцовка* — эфедрон  
*Нокса* — ноксирон  
*Омолодиться* — снизить толерантность к наркотику, намеренно для этого перенеся абстиненцию  
*Опиуха* — опий  
*Отврат* — необычная тяжелая реакция на привычную дозу наркотика в виде дурноты, рвоты, обморока  
*Отруб* — опьянение с последующей полной амнезией  
*Париться* — вдыхать пары ингалянтов  
*Пахан* — главарь группы, обычно с уголовным прошлым  
*План* — гашиш  
*Понимать* — умение уловить и с наиболее приятными ощущениями пережить наркотическое опьянение  
*Приход* — вегетативная реакция и выраженная эйфория сразу же после внутривенного вливания наркотика  
*Раскумар* — купирование абстиненции дозой наркотика, не вызывающей наркотического опьянения; «доза на раскумар» — минимальное количество наркотика, необходимое для устранения тягостных явлений абстиненции  
*Сезон* — млечный сок с головок мака, собранный для приготовления растворов, используемых для внутривенного вливания  
*Сенцо* - маковая соломка  
*Сесть на иглу* — пристраститься к внутривенным вливаниям.  
*Сесть на хвост* — привязаться к другому наркоману для того, чтобы тот бесплатно делился наркотиком  
*Сломать кайф* — надоедать и приставать к наркоману в момент наркотического опьянения, мешая ему насладиться  
*Солома* — молотые на мясорубке головки мака, которые поедают обычно в виде кашицы с молоком  
*Сонники* — транквилизаторы  
*Стекло* — ампулированные препараты  
*Стриптиз* — визуализация сексуальных фантазий при действии ингалянтов  
*Таска, тащить* — испытывать опийное опьянение  
*Торчать* — испытывать эйфорию, «кайф»  
*Труханёц* — лихорадочная реакция с сильным ознобом после внутривенного вливания самодельных препаратов, богатых примесями  
*Турьяк* — опий  
*Тусовка* — сборище компании подростков с поверхностным общением, во время которого могут совместно использоваться наркотики и другие токсические вещества  
*Учитель* — опытный наркоман, обучающий приготовлению самодельных препаратов и пользованию ими

*Флет* — квартира, где подростки могут собираться в отсутствие взрослых

*Ханка* — опий

*Хата* — квартира или помещение для выпивок, злоупотребления наркотиками и другими токсическими веществами, а также для сексуальных контактов

*Химия* — «солома», т. е. молотые на мясорубке головки мака, обработанные нашатырным спиртом и ацетоном; полученная жидкость после выпаривания вводится внутривенно

*Чифир* — очень крепкий отвар чая (обычно 50 г на стакан воды)

*Чухаться* — чесаться вследствие сильного кожного зуда, возникающего после внутривенного введения опиатов

*Шестерка* — член группы, всем подчиненный и перед всеми заискивающий (от младшей карты в колоде)

*Ширево* — опиаты, вводимые внутривенно

*Ширка* — самодельный стимулятор, содержащий производные первитина, который включен в список наркотиков

*Шмыгаться*—вводить что-либо внутривенно

*Шустрила* — член группы наркоманов, активный по добыче наркотиков

## ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

- А**
- Аборт 28  
Абстиненция 296  
Агравация 23  
Агрессия 396  
Алкоголизм 310, 318  
Алкогольные психозы 327  
Амнезия 220  
Анализм 383  
Аноргазмия 381  
Анорексия 224  
Апатия 221  
Асфиксия 136  
    странгуляционная 137, 138  
    обтурационная 137, 144  
    компрессионная 137, 143  
Аутолиз 82
- Б**
- Болезнь Альгеймера 252  
Болезнь Пика 253  
Бред 218
- В**
- Вагинизм 379  
Вещественные доказательства 150  
    изъятие 151  
    объекты 152, 156  
Виргогамия 380  
Вменяемость 191  
Вывихи 35
- Г**
- Галлюцинации 216  
Гипоксия 136  
Гниение 83  
Гомосексуализм 383  
Группы крови 159
- Д**
- Дебильность 249
- Девственность 27  
Дееспособность 203  
Деменция 231  
Деперсонализация 230  
Депрессия 221  
Дереализация 229  
Детоубийство 97  
    пассивное 100  
    активное 100  
Диспареуния 380  
Диссимуляция 281  
Дисфория 221
- Ж**
- Жировая эмболия 36  
    воздушная 36  
Жировоск 86
- З**
- Зависимость 297  
Замена детей 161
- И**
- Идиотия 250  
Изнасилование 400  
Иллюзии 216  
Имбецильность 250  
Импульсивные явления 225  
Инцест 404  
Исключительные состояния 267  
Исследование крови 152, 159  
    спермы 156, 162  
    слюны 156, 164  
    пота 156, 164  
    мочи 156, 164  
    волос 156, 165  
Истерический невроз 235  
Истязания 20
- К**
- Кровоподтеки 33  
Кровопотеря 35

## М

Мазохизм 390  
Маниакально-депрессивный психоз 261  
Мумификация 85  
Мучения 20

## Н

Наркология 291  
Наркомании 334  
классификация 334  
конопля 341  
эфедрановая 344  
кокаиновая 345  
опийные 337  
галлюциногенами 347  
анаболическими стероидами 348  
Наркотическое вещество 294  
Нарушения либидо 376  
Нарушения эрекции 378  
Нарушения эякуляции 378  
Невменяемость 189  
формула 190  
критерии 190  
Неврастения 233  
Неврозы 233  
Нейросифилис 263  
Некрофилия 390

## О

Общественно опасные действия 191  
Огнестрельные повреждения 57  
Ожоги 120  
Олигофрения 212,249  
Опьянение  
простое 311  
измененные формы 313  
патологическое 314  
Орализм 383  
Орудие 31  
Оружие 31, 57  
Отморожения 123

## Отравления 104

кислотами 110  
окисью углерода 111  
снотворными 113

## П

Патологический аутоэротизм 382  
Педофилия 403  
Перегревание 119  
Переломы 35  
Побои 20  
Повешение 138  
Повреждения  
электрическим током 125  
атмосферным давлением 129  
атмосферным электричеством 128  
ионизирующим излучением 132  
Полинаркомании 359  
Половая зрелость 25  
Половая неприкосновенность 26  
Правоспособность 203  
критерии 204  
Пресенильные психозы 254  
Припадки 227  
Производительная способность 26  
Психические заболевания 214  
Психопатии 243  
Психотропные вещества 295  
Пулевая рана 61

## Р

Разрывы 35  
Раневой канал 62  
Раны 34  
Расстройства воли 222  
Расстройства влечений 222  
Расстройства мышления 218  
Реактивные психозы 236

## С

Садизм 389  
Сексуальная аверсия 380  
Сексуальная анестезия 381

- Сексуальная патология 370  
классификация 370, 372  
Сексуальные девиации 386  
Сенестопатии 217  
Сенильные психозы 255  
Симптом 216  
Симуляция 273  
Синдром 216  
психического инфантилизма 209  
фантазирования 210  
невротические 226  
эмоциональные 226  
депрессивные 226  
галлюцинаторно-бредовые 226  
Синдром измененной  
толерантности 295  
Слабоумие 231  
Смерть 36,70  
классификация 74  
биологическая 71  
клиническая 71  
мнимая 71  
насильственная 73  
ненасильственная 73  
скоропостижная 74  
СПИД 29  
Спирт 104  
этиловый 104  
метиловый 106  
бутиловый 107  
пропиловый 107  
амиловый 108  
Спорное отцовство 160  
Ссадины 32  
Судебная медицина 6  
Судебная психиатрия 171  
Судебная сексология 369
- Т**
- Танатология 70  
Телесное повреждение 19, 31  
Токсикомании 350  
Травматизм 31  
Транссексуализм 385
- Труп 75, 88, 90  
Трупное высыхание 77  
Трупное охлаждение 76  
Трупное окоченение 81  
Трупные пятна 78
- У**
- Удавление руками 142  
петлей 141  
Установление беременности 27  
Установление пола 25  
Утопление 146  
Ушиб головного мозга 36
- Х**
- Хронический алкоголизм 318
- Ч**
- Членовредительство 24
- Ш**
- Шизофрения 212, 257  
Шок 36
- Э**
- Эксгибиционизм 404  
Эксгумация трупа 101  
Экспертиза судебно-  
психиатрическая стационарная 180  
заочная 181  
посмертная 182  
амбулаторная 188  
военная 185  
Экспертиза наркологического  
опьянения 304  
Энцефалиты 264  
Эпилепсия 245
- Я**
- Яд 102  
пути поступления 103

**Шамсиев Эркин Сайфиевич  
Искандаров Алишер Искандарович  
Зуфаров Рустам Ахмедович  
Талимбекова Васида Каримбековна**

**СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА**  
**судебная медицина, судебная психиатрия,  
судебная наркология, судебная сексология**

Учебник для студентов юридических вузов

**Издание второе, дополненное**

Ответственный редактор  
*доктор медицинских наук, профессор*  
*Алимов В.А.*

Редактор: В.К.Талимбекова.  
Технический редактор: Ш. Рахимов.  
Компьютерная верстка: Ф.Нурлибаев.

Подписано в печать 05.09.03. Формат. 47 х 65 1/16.  
Усл. печ. л. 25,2. Тираж 500. Заказ № 206.  
Цена договорная.

Отпечатано в типографии ТГЮИ.  
700047, Ташкент, ул. Сайилгох, 35.

© Ташкентский Государственный юридический институт  
Ташкентский институт усовершенствования врачей