## СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА И ПСИХИАТРИЯ

## СОДЕРЖАНИЕ:

*ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРОЦЕССУАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ 2*

*СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА КРОВИ 4*

*МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ БЕЗ УЧЕТА ДИСТАНЦИИ ВЫСТРЕЛА 13*

*ПОВЕШЕНИЕ. 14*

*СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ОТРАВЛЕНИЙ КИСЛОТАМИ И ЩЕЛОЧАМИ (ЧАСТНАЯ ТОКСИКОЛОГИЯ). 19*

*ПРАВОВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ФОРМЫ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ 21*

*ДЕПРЕССИВНЫЙ СИНДРОМ 24*

*ПОРЯДОК НАЗНАЧЕНИЯ И ОТМЕНЫ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ 24*

*ВОПРОСЫ ЭКСПЕРТУ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ОБВИНЯЕМОМУ 32*

*ЦЕЛЬ ПРОВЕДЕНИЯ СУДЕБНО-ПСИХИТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ 37*

## ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРОЦЕССУАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Использование судебно-медицинских знаний для решения вопросов, возникающих в практической деятельности органов дознания, следствия и суда (судебно-медицинская экспертиза), рассматривается как процессуальное действие по получению заключения эксперта. Согласно Уголовно-процессуальному кодексу (ст. 69) УПК РСФСР[[1]](#footnote-1)1, заключение эксперта является одним из источников доказательств по уголовному делу.

К компетенции судебно-медицинской экспертизы относятся: экспертиза трупов в случаях насильственной смерти; судебно-медицинское исследование трупов при подозрении на применение насилия или при других обстоятельствах, обусловливающих необходимость производства исследования трупа в судебно-медицинском порядке;

экспертиза потерпевших, обвиняемых и других лиц, а также судебно-медицинское освидетельствование граждан для определения характера и тяжести телесных повреждений, возраста, половых состояний и разрешения других вопросов, требующих познаний в области судебной медицины;

экспертиза вещественных доказательств путем применения лабораторных методов исследования объектов; экспертиза по материалам уголовных и гражданских дел[[2]](#footnote-2)2.

Согласно статье 79 УПК РСФСР, проведение судебно-медицинской экспертизы обязательно:

1) для установления причин смерти и характера телесных повреждений;

2) для определения психического состояния обвиняемого или подозреваемого в тех случаях, когда возникает сомнение по поводу их вменяемости или способности к моменту производства по делу отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими;

3) для определения психического или физического состояния свидетеля или потерпевшего в случаях, когда возникает сомнение в их способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания;

4) для установления возраста обвиняемого, подозреваемого и потерпевшего в тех случаях, когда это имеет значение для дела, а документы о возрасте отсутствуют.

Согласно статье 80 УПК, эксперт дает заключение от своего имени на основании произведенных исследований в соответствии с его специальными знаниями и несет за данное им заключение личную ответственность. При назначении для производства экспертизы нескольких экспертов они до дачи заключения совещаются между собой. Если эксперты одной специальности придут к общему заключению, последнее подписывается всеми экспертами. В случае разногласия между экспертами каждый эксперт дает свое заключение отдельно.

Несколько экспертов одной специальности (комиссионная экспертиза) назначаются органом расследования, судом или руководителем экспертного учреждения в случае сложности исследования, а также если требуется повторить производство экспертизы. Наряду с общим заключением всех экспертов (при единстве выводов) и отдельными их заключениями (при расхождении в выводах) не противоречит закону и дача общего заключения частью экспертов и отдельно тем экспертом (экспертами), который придерживается иной точки зрения.

Несколько экспертов разных специальностей (комплексная экспертиза) назначаются, когда установление того или иного обстоятельства требует использования познаний, относящихся к нескольким отраслям. При этом задание экспертам предусматривает проведение ряда исследований, осуществляемых одновременно (совместно) или последовательно (самостоятельно) несколькими экспертами. Эксперты дают либо отдельные заключения, либо общее заключение. В последнем случае каждый из них подписывает все заключение или ту его часть, которая отражает ход и результаты исследований, проведенных им лично. При производстве комплексной экспертизы выделение в заключении таких частей является обязательным. Вместе с тем в ходе комплексного исследования эксперты разных специальностей могут совещаться. Комплексная экспертиза будет и в тех случаях, когда для исследования объекта применяются специальные знания разных отраслей, но исследование проводит один эксперт, компетентный в каждой из этих отраслей. В практике комиссионных и комплексных экспертиз в некоторых случаях выделяется руководитель группы экспертов (ведущий эксперт). Его функции, однако, носят лишь организационный, но не процессуальный характер и каких-либо преимущественных прав при формулировании выводов он не имеет.

Как и всякое доказательство, заключение эксперта подлежит проверке и оценке на общих основаниях, не имея заранее установленной силы или преимущества перед другими доказательствами. Оценка заключения эксперта включает анализ полноты исходных материалов, характера поставленных вопросов, соответствия выводов заданию и проведенным исследованиям, использования всех современных средств и методов исследования. Составной частью оценки заключения эксперта является проверка соблюдения им процессуальных правил, регламентирующих назначение и производство экспертизы. Если эксперту ставятся вопросы, выходящие за пределы его компетенции, он не вправе отвечать на них. Если же он дал на них ответы, то соответствующая часть заключения рассматривается как не имеющая доказательного значения.

В случае недостаточной ясности или полноты заключения может быть назначена дополнительная экспертиза, поручаемая тому же или другому эксперту. В случае необоснованности заключения эксперта или сомнений в его правильности может быть назначена повторная экспертиза, поручаемая другому эксперту или другим экспертам (ст. 81 УПК).

## СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА КРОВИ

Обнаружение, осмотр, изъятие и направление на экспертизу объектов с пятнами крови. При расследовании убийств, изнасилований, транспортных и ряда других происшествий следы крови могут способствовать не только восстановлению обстоятельств имевшего место происшествия, но и установлению виновных. При нанесении повреждений, сопровождавшихся кровотечением, кровь пострадавших может быть обнаружена на орудии преступления, на одежде и теле преступника и пострадавшего, на окружающих предметах, на транспортном средстве и т. д. Исследование таких следов позволяет исключить или допустить возможность их происхождения от определенного лица. Связано это с тем, что в крови человека содержится большое число белков и ферментов, обладающих генетически обусловленным полиморфизмом, что позволяет дифференцировать их у разных лиц (по их групповым свойствам).

Большую помощь следователю в выявлении, осмотре, изъятии и направлении на судебно-медицинскую экспертизу следов крови оказывает врач — специалист в области судебной медицины. Свежие следы крови обычно легко обнаруживаются осмотром невооруженным глазом, особенно на белых и светлых предметах, где они имеют красную или буровато-красную окраску. Следы крови большой давности или загнившие приобретают буро-коричневый или зеленоватый оттенок, замытые следы крови могут иметь желтовато-розовый цвет. В затруднительных случаях для выявления следов крови используют освещение объектов ультрафиолетовыми лучами (источник — ультрафиолетовый осветитель УФО). При таком освещении пятна крови имеют темно-коричневый цвет и бархатистый вид. пятна большой давности светятся оранжево-красным цветом. В исключительных случаях для выявления пятен крови допускается применение предварительных проб с 3-процентным раствором перекиси водорода и раствором люминола. Обе пробы очень чувствительны, но не специфичны, и положительный результат позволяет лишь допустить возможность кровяного происхождения пятна. Маленькие капельки 3-процентного раствора перекиси водорода наносятся на край пятна, в присутствии крови (как и ряда других веществ) перекись водорода разрушается и выделяющиеся при этом пузырьки кислорода вспенивают каплю жидкости (образуется белая мелкая пена). Раствор люминола рекомендуется использовать в затемненном помещении. Пипеткой или с помощью пульверизатора раствор наносится на подозрительные участки — появление голубоватого свечения и образование пены свидетельствуют о положительной реакции.

Для выявления малозаметных следов крови при осмотре места происшествия необходимо тщательно осматривать имеющиеся на полу щели, доски пола с нижней стороны, мебель и т. д. При осмотре одежды обращают особое внимание на рукава, карманы, обшлага, петли, пуговицы, швы и другие места, где кровь уничтожить труднее. При осмотре подозреваемого следы крови можно обнаружить под ногтевыми пластинками, в области половых органов и в других местах. При осмотре транспортных средств, в зависимости от обстоятельств происшествия, обращают особое внимание на выступающие части (фары, бампер, ветровое стекло, крылья), на нижнюю поверхность автотранспорта. На орудиях преступления (нож, топор и другие предметы) тщательно осматривают их поверхность, щели, углубления, стыки металлических и неметаллических частей. Осмотр производится как невооруженным глазом, так и с помощью лупы. Предметы со следами крови при осмотре берут руками за участки, свободные от крови.

Следственный осмотр позволяет лишь установить следы, похожие на кровь. Окончательное установление кровяного происхождения следа производится лишь в ходе экспертного исследования. Выявленные в ходе осмотра следы, похожие на кровь, подлежат подробному описанию в соответствующем протоколе (их расположение, форма, размер, количество, цвет, характер и др.). Такое описание следов крови позволяет нередко высказаться о механизме их образования и источнике кровотечения, взаимном положении тела пострадавшего и орудия травмы, последовательности нанесения повреждений, позе пострадавшего в момент нанесения повреждения и др.; ориентировочно судить о давности образования пятен крови и т.д.

При кровотечении из поврежденного сосуда возникают капли, брызги, струи, образующие пятна, потеки, лужи. При падении капель крови отвесно с небольшой высоты на горизонтальную поверхность образуются пятна крови округлой формы. С увеличением высоты падения эти пятна сначала приобретают зубчатые края, затем образуются лучи, отходящие от основной капли, а вокруг основного пятна возникают вторичные маленькие пятна от разбрызгивания крови. При падении капель на наклонную поверхность (под углом) форма пятен овальная, причем чем острее угол встречи капли с поверхностью предмета, тем длиннее ось овала, который может приобретать форму восклицательного знака. Если предмет, на который падает кровь, хорошо впитывает ее, форма первоначально сформировавшегося следа крови может в дальнейшем существенно измениться. При попадании брызг крови на поверхность под острым углом пятна приобретают форму вытянутых овалов, один из концов которых удлинен (вытянут) и указывает на направление движения, Следы крови в виде потеков возникают при ее отекании с наклонной или отвесной поверхности. Возможно установить последовательность образования потеков, в случае если они пересекают друг друга — второй по времени образования потек в месте перекрестка с более ранним потеком несколько расширяется или меняет свое па-правление. При обильном кровотечении образуются лужи крови. При соприкосновении с окровавленным предметом образуются мазки, помарки, отпечатки, сохраняющие в ряде случаев форму соприкасавшейся поверхности (отпечатки пальцевого узора на стекле и др.).

Описание следов крови и предмета, на котором они обнаружены, производит следователь. Кроме описания, желательно также сфотографировать предметы со следами крови или сделать их схематическую зарисовку.

После фиксации в протоколе осмотра места происшествия следы, подозреваемые на кровь, изымаются и направляются на судебно-медицинскую экспертизу. При этом принимаются меры предосторожности, гарантирующие сохранение следов в том виде, в каком они были обнаружены. Небольшие предметы со следами, похожими на кровь, изымаются и направляются на экспертизу целиком — предметы одежды, обувь, топоры, ножи и др. Это позволит эксперту лучше ориентироваться в расположении и форме пятен и разобраться в механизме их образования. При расположении пятен на громоздких предметах изымается часть предмета со следами крови и часть без следов для контрольного исследования. С предметов, имеющих художественную ценность, пятна крови изымают путем осторожного соскабливания или смыва на марлю, смоченную физиологическим раствором или дистиллированной водой. Вместе со смывом в качестве контрольного образца на исследование направляется чистая марля. При расположении пятен крови на штукатурке стен их обычно изымают, вырезая кусок штукатурки, содержащей обязательно и чистые, незапятнанные кровью участки. В исключительных случаях пятно соскабливают с минимально возможной примесью самой штукатурки, причем рядом с пятном с поверхности стены соскабливают часть штукатурки для контроля. Полученные соскобы заворачивают в чистую бумагу.

Следы крови на снегу изымают с возможно меньшим количеством снега и помещают в тарелку или иной сосуд, на дно которых предварительно кладут сложенную в несколько слоев марлю или материю. При таянии снега в теплом помещении кровь пропитывает марлю, которую затем высушивают при комнатной температуре. Для контроля посылают и образец использованной марли без крови. Пятна крови, находящиеся на грунте, изымают вместе с грунтом на всю глубину пропитывания кровью. В качестве образца отбирают грунт, не пропитанный кровью.

Предметы с пятнами крови, находящиеся во влажном состоянии, необходимо перед направлением на исследование обязательно высушить при комнатной температуре, в затемненном месте. Вещественные доказательства с пятнами крови надо оберегать от действия высокой температуры, трения, влаги, солнечных лучей.

После осмотра и фиксации в протоколе осмотра предметы с пятнами крови упаковываются для направления в лабораторию на исследование. Предметы упаковываются так, чтобы сохранить имеющиеся на них следы при транспортировке и в то же время предотвратить возможность потери или подмены вещественных доказательств, их загрязнение. Упаковку и направление на экспертизу предметов, имеющих кровь, производит следователь. Пятна, расположенные на мягких предметах, сверху покрывают белой тканью, чистой бумагой или полиэтиленовой пленкой, которые пришивают или приклеивают. На твердых предметах участки со следами крови осторожно обертывают чистой бумагой или полиэтиленовой пленкой, которые скрепляют ниткой. Каждый изъятый предмет или его части после покрытия следов заворачивают отдельно в чистую бумагу, перевязывают и опечатывают. Полученные свертки помещают в прочную коробку или ящик, укрепляют или перекладывают упаковочным материалом. Если имеющиеся на предметах корочки крови удерживаются непрочно, необходимо осторожно их снять, завернуть в чистую бумагу и в таком виде направить на экспертизу.

Ящики или коробки с направляемыми на экспертизу предметами обвязывают сверху веревкой, концы которой скрепляют сургучной печатью следственного органа или суда так, чтобы веревку нельзя было снять, не нарушив целости печати или упаковки. На ящике или коробке делается надпись с указанием, к какому делу относится вещественное доказательство, что находится внутри посылки.

При необходимости установления принадлежности крови на вещественных доказательствах конкретным лицам следователь в силу ст. 186 УПК РСФСР организует получение образцов крови у потерпевших, обвиняемых и направляет их вместе с изъятыми предметами со следами крови на исследование. Взятие образцов крови производится на основании постановления следователя и оформляется протоколом, в котором указывается, кем, где, когда и у кого произведено взятие крови (фамилия, имя, отчество, год рождения, местожительство, номер паспорта и кем он выдан), в каком количестве и каким способом. Протокол подписывают следователь, врач, взявший кровь, присутствующие при взятии крови сотрудники лаборатории и лицо, у которого она бралась. Протокол составляется в двух экземплярах, один из которых одновременно с образцами крови направляется в судебно-медицинскую лабораторию. Образцы крови берут из пальца или из вены (4—5 мл). Взятую кровь направляют в лабораторию в запаянной пастеровской пипетке или в пробирке, закрыв ее отверстие резиновой или корковой пробкой, залив сверху парафином или воском. К пипетке или пробирке приклеивают этикетку с указанием фамилии, имени и отчества лица, у которого она бралась, даты взятия крови и подписью лица, взявшего кровь. Пробирку или пипетку обертывают ватой, помещают в твердую тару и опечатывают.

При значительном сроке транспортировки кровь предварительно высушивают на тарелке или чашке Петри, вылив ее на чистую марлю, сложенную в четыре слоя. Высушивание производится при комнатной температуре без доступа насекомых. После высыхания крови марлю помещают в конверт, на котором должны быть обозначены дата взятия крови и фамилия лица, у которого она взята. В другой конверт помещают чистую марлю от того же куска для контрольного исследования. Образцы крови в жидком виде должны упаковываться отдельно от вещественных доказательств. Образец крови из трупа берет судебно-медицинский эксперт или врач-эксперт во время вскрытия трупа из полостей сердца или крупных сосудов. Не допускается взятие крови, скопившейся в полостях тела.

Судебно-медицинское исследование следов крови. При судебно-медицинском исследовании следов крови в настоящее время могут быть решены следующие вопросы:

1. Имеется ли кровь в исследуемом объекте.

2. Принадлежит ли кровь в пятне человеку или животному.

3. Какому виду животных принадлежит кровь в пятне.

4. Групповая принадлежность крови.

5. Может ли кровь принадлежать определенному человеку (подозреваемому, потерпевшему и др.) или же принадлежность крови такому лицу исключается.

6. Принадлежит ли кровь взрослому человеку или младенцу.

7. Из какой области тела происходит кровь в пятне.

8. Какова давность образования пятна.

9. Принадлежит ли кровь мужчине или женщине.

10. Какое количество излившейся крови образовало пятно.

11. Принадлежность крови беременной женщине.

12. Образование пятна менструальной кровью.

13. Образование пятна кровью живого лица или трупа.

14. Каков механизм образования следов крови.

Установление наличия крови в пятне на вещественных доказательствах основано на обнаружении в нем специфического для крови гемоглобина и его производных — гемохромогена и гематопорфирина. В настоящее время для этой цели применяется преимущественно метод абсорбционной спектроскопии, основанный на способности гемоглобина и ею производных поглощать световые волны определенной длины и образовывать характерные спектры поглощения. Обнаружение спектра гемоглобина или одного из его дериватов доказывает наличие крови в исследуемом пятне. При глубоком разрушении крови, например, при обугливании, рекомендуется применять эмиссионный спектральный анализ, в основе которого лежит выявление в пятне определенных элементов, характерных для крови. В последние годы для установления наличия крови предложены различные модификации метода хроматографии — хроматография на бумаге, на силуфоловых пластинках и др. Необходимо отметить, что, согласно существующим правилам, установление наличия крови в пятне на вещественных доказательствах является обязательным предварительным условием для последующего определения видовой и групповой принадлежности крови в пятне.

Установив наличие крови в пятне, эксперт определяет ее вид, т. е. принадлежность человеку или животному. Видовая принадлежность крови устанавливается обычно с помощью реакции преципитации, в которой участвуют два компонента — вытяжка из исследуемого пятна и преципитирующая сыворотка, способная реагировать только с белком (кровью) человека или определенного животного — лошади, собаки, свиньи, рогатого скота и др. Эксперт устанавливает, с какой из введенных в реакцию сывороток образуется осадок (преципитат), и на основании этого определяет видовую принадлежность крови в пятне. Для контроля ставят также опыты с вытяжками из предмета вне пятен крови.

После определения видовой принадлежности крови эксперт устанавливает ее групповую принадлежность. Как уже отмечалось, в форменных элементах и сыворотке крови содержится большое число передающихся по наследству белков (антигенов), образующих ряд сывороточных (содержатся в сыворотке крови) и эритроцитарных (содержатся в эритроцитах) систем. Определенное сочетание таких антигенов в каждой из систем характеризует ту или иную группу крови. Особенности антигенного набора в различных системах крови у разных лиц позволяют решать вопрос о возможности происхождения следов крови от определенного лица. Чем больше систем исследуется, тем выше такая возможность.

Групповую принадлежность крови определяют как в следах на вещественных доказательствах, так и в присланных образцах крови, изъятых у потерпевших и подозреваемых. Полученные результаты сопоставляются и делается вывод о возможности или невозможности происхождения следов крови на вещественных доказательствах от конкретного лица. Если групповая характеристика образца крови определенного лица и крови на вещественных доказательствах совпадает, то делается вывод лишь о возможности принадлежности крови в пятне этому лицу. Категорически это утверждать нельзя, так как могут встретиться и другие лица, имеющие такую же групповую характеристику крови. При обнаружении несовпадения групповых характеристик крови в пятне и образцах эксперт вправе дать заключение о том, что кровь на вещественных доказательствах не принадлежит данному лицу. Экспертные возможности групповой идентификации или дифференциации следов крови могут быть в ряде случаев ограничены малым размером исследуемых пятен крови.

В настоящее время для судебно-медицинской дифференциации следов крови используют целый ряд эритроцитарных и сыровоточных, в том числе и ферментных, систем; АВО, MNSs, Резус, Gm, Gc и др.

Групповая принадлежность крови определяется по существу при каждом исследовании пятен крови. Необходимость решения ряда других, более узких вопросов (определение половой принадлежности крови, установление происхождения крови от взрослого человека или младенца и др.) связана с конкретными обстоятельствами происшествия и встречается значительно реже.

В последнее время для идентификации человека по крови предложен принципиально новый метод геномной «дактилоскопии». Метод основан на анализе индивидуальных вариаций (полиморфизма) геномной ДНЮ человека. ДНК каждого человека представляет собой гигантский генетический сугубо индивидуальный в своей последовательности набор многочисленных нуклеотидов и аминокислот. Используя различные ферменты, каждый из которых в силу своей биохимической направленности в строго определенном месте разрывает цепь ДНК (то есть играет роль своеобразных ножниц), можно получить ее определенные куски или фракции, которые также являются индивидуальными для каждого человека. Полученные таким путем фрагменты метят радионуклидами и подвергают электрофоретическому разделению. В последующем, прикладывая для экспозиции к электрофоретическому гелю, в котором произошло разделение меченных радионуклидами аминокислот и нуклеотидов, рентгеновскую пленку, получают соответствующую радиоэлектрофореграмму определенного аминокислотно-нуклеотидного фрагмента ДНК, являющегося индивидуальным для каждого человека. При совпадении особенностей радиоэлектрофоре-грамм определенных фрагментов ДНК, полученных при исследовании пятен крови и из образца крови проходящего по делу лица возможно объективное и доказательное (категорическое) установление происхождения следов крови именно от этого лица. Из-за сложности методик метод геномной «дактилоскопии» применяется пока лишь в экспертизе спорного отцовства всего лишь в нескольких экспертных учреждениях.

## МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ БЕЗ УЧЕТА ДИСТАНЦИИ ВЫСТРЕЛА

В широком смысле под огнестрельными повреждениями понимают такие последствия внешнего воздействия на организм человека, которые возникают либо в результате выстрела[[3]](#footnote-3), либо в результате взрыва различных взрывчатых веществ или снарядов (мин, гранат и др.). Последствия выстрела или взрыва весьма разнообразны и зависят от вида и характера повреждающего фактора (пуля, дробь, осколок, пороховые газы, ударная волна) и условий, при которых произошло повреждение (расстояние тела от поражающего фактора, локализации повреждения и др.). Многообразие условий огнестрельной травмы и определяет различный характер их проявлений. В одних случаях мы имеем дело только с механическими повреждениями, в других — с комбинированными повреждениями от воздействия в различной комбинации температурных, химических и механических факторов.

Повреждающими факторами выстрела являются:

1. Огнестрельный снаряд или его части (пуля, дробь, картечь, осколки разорвавшейся пули и др.), а также вторичные снаряды (осколки, частицы преграды, осколки костей).

2. Продукты сгорания пороха и капсюльного состава (пороховые газы и воздух из канала ствола, копоть и частицы металла, частицы пороховых зерен).

3. Оружие или его части (дульный конец оружия, приклад (при отдаче), подвижные части, осколки ствола или других частей (при разрыве) и др.

Основными повреждающими факторами взрыва являются:

1. Волна газообразных продуктов детонации взрывчатого вещества.

2. Ударная волна окружающей среды.

3. Осколки оболочки заряда.

4. Вторичные снаряды.

Исходя из изложенного, основными видами механических повреждений при огнестрельной травме являются: 1) открытые повреждения тела (разрушение и отрывы частей тела), огнестрельные раны (сквозные, слепые, касательные); 2) закрытые повреждения (ушибы мягких покровов тела, подкожные переломы и разрывы внутренних органов); 3) поверхностные, нарушения кожных покровов (ссадины, внедрение в кожу частиц копоти и зерен пороха); 4) комбинированные повреждения (комбинация механической и ожоговой травмы и др.).

## ПОВЕШЕНИЕ.

ПОВЕШЕНИЕ - называется сдавление шеи петлей под воздействием тяжести всего тела или частей его. Различают полное неполное повешение.

Неполное повешение может произойти в положении стоя, на коленях, сидя, лежа. Известны случаи, когда сдавленние шеи наблюдалось в развилке дерева, между досками забора. Роль сдавливающего предмета могут играть также спинка стула, перекладина стола или табуретки при соответствующем положении головы, веса которой достаточно для наступления смерти. Петли, в зависимости от материала, из которого они сделаны, условно подразделяются на мягкие, полужесткие и жесткие. По устройству петли могут быть скользящими и неподвижными; последние, в свою очередь подразделяются на открытые и закрытые. Закрытые петли завязываются вблизи шеи, открытые представляют собой кольцо, в которое свободно проходит голова. В зависимости от числа оборотов вокруг шеи петли бывают одиночными, двойными, тройными или множественными. Положение петли при повешении может быть различным. Как правило, она имеет косовосходящее направление в сторону узла. Различают типичное положение петли, когда узел располагается на задней стороне шеи или затылка, боковое, если узел справа или слева шеи, атипичное, когда узел находится на уровне подбородочной области. По роду смерти повешение - самоубийство, редко - убийство (когда в беспомощном состоянии), несчастный случай, изредко - инсцеровка самоповешения. Для разоблачения инсценировки важное значение имеет криминалистическое исследование петли и опоры.

Для того, чтобы сохранить узел, петлю перерезают на удалении от узла. В зависимости от положения петли на шеи наступает полное или частичное прекращение доступа воздуха в легкие, сдавление сосудов шеи, сдавление нервных стволов шеи. Сдавление сонных артерий, приводящие к острому кислородному голоданию мозга, является важным моментом в генезе смерти. В результате сдавления яремных вен нарушается отток крови из полости черепа, что приводит к быстрому повышению внутричерепного давления. Это давление особенно быстро нарастает в случаях, когда по артериям шеи и позвоночника продолжает поступать кровь в головной мозг, следствием чего является сдавление коры и жизненно важных центров головного мозга, что проявляется быстрой потерей сознания и остановкой дыхания. Сдавление нервов приобретает значение в генези смерти при наличии сердечно-сосудистых заболеваний или повышенной сердечной возбудимости. В таких случаях смерть может наступить очень быстро от первичной остановки сердца. Поскольку при повешении очень быстро развевается беспомощное состояние, освободится самостоятельно из петли после того, как она затянулась не представляется возможным. Таким образом, основная особенность, отличающая повешение от других видов механгической асфиксии, является быстрая потеря сознания после затягивания петли через одну-две секунды, итак наступает стойкая остановка дыхания, но сердечные сокращения после этого могут продолжатся так же, долго как и при других видах асфиксии. Вледствии быстрой потери сознания самопомощь невозможна и повесевшийся сам не может освободится из затянувшейся петли; если его извлекли из петли и привели в чувство, то он не помнит о случившимся, а иногда и о предшествующих событиях; кроме того наблюдаются расстройство здоровья - продолжительные судороги, воспаление легких, психические заболевания, т.е. развивается посасфиксическое состояние. Существует несколько стадий выхода из этого состояния:

1. Коматозная - отсутствие дыхания, бессознательное состояние, отсутствие реакции зрачков

2. Стадия тонических судорог

3. Стадия помутнения сознания, дрожь, потливость

4. Стадия, когда при полном сознании пострадавший не помнит о случившемся (ретроградная амнезия)

5. Стадия аффективных состояний (депрессия, меланхолия)

Основным признаком сдавления шеи при повешении является странгуляционная борозда - поверхностное повреждение кожи шеи, преставляющий собой неготивный след петли, это чаще ссадина. От действия мягкой петли борозда бледная, слабо выраженная, на ощупь не отличается от окружающих тканей, появляются спустя 1 минуту после сдавления шеи петлей.

От жесткой и полужесткой петли борозда хорошо выражена имеет серо-красный цвет, за счет повреждения эпидермиса по ходу борозды с последующим посмертным высыханием она приобретает пергаментную плотность.

Появляется через 30 сек. и сохраняется у живого человека иногда до месяца. Странгуляционная борозда должна быть хорошо изучена и описана по плану: расположение и направление борозды, количество отдельных вдавлений, наличие и выраженность промежуточных валиков, ширина и глубина каждого вдавления на протяжении борозды, цвет, плотность, особенность рельефа дна, наличие ссадин, кровоподтеков по краям борозды. В зависимости от того, сколько оборотов имела петля и как они располагались между собой странгуляционная борозда может быть одиночной, двойной, тройной или множественной. Участки кожи, ущемляющиеся между витками петли, образуют промежуточные валики, на гребне которых могут быть отечные пузыри и кровоизлияния. Ширина борозды зависит от толщины петли. Петли сделанные из тонкого жесткого материала, оставляют узкие борозды; мягкие петли дают широкие, мало заметные борозды. Глубина борозды чаще зависит от силы сдавления. Необходимо помнить, что полосы от давления воротника могут быть похожи на странгуляционную борозду.

Одним из основных вопросов при исследовании трупа, извлеченного из петли, является установление прижизненного или посмертного происхождения странгуляционной борозды. Наличие борозды само по себе неозначает, что смерть наступила от повешения, ибо повешен может быть и труп, и на шеи его может образоваться типичная странгуляционная борозда. К признакам прижизненности борозды можно отнести:

1. Кровоизлияния в слои кожи в промежуточном валике. Для этого исследуют ласкуты кожи шеи с помощью стериоскопического микроскопа.

2. Кровоизлияния в подкожной клетчатке и мышцах шеи, чаще в местах прикрепления мышц к ключице и грудине.

3. Переломы хрящей гортани или подъязычной кости с кровоизлиянием в мягкие ткани

4. Кровоизлияния в лимфоузлы ниже странгулиции

5. Разрывы оболочек артерий (сонной)

6. Анизокория при сильном, приимущественно односторонем сдавлении

шеи петлей.

7. Кровоизлияния в толщу кончика языка при прикусе его во время судорог

Проводится гистологическое исследование борозды, а также гистохимическое для выявления активности различных ферментов.

УДАВЛЕНИЕ ПЕТЛЕЙ

При удавлении петлей петля затягивается на шеи руками, чаще посторонними, но не весом тела. Обычно петля плотно накладывается на шею и завязывается узлом. Иногда вместо узла применяется закрутка. Петли обычно делаются из мягкого или полужесткого материала. Механизм действия петли на шею при удавлении такой же как и при повешении. Однако смерть наступает в следствие первичной остановки сердца (раздрожение рефлексогенных зон нерва шеи). При медленном сдавлении шеи асфиксические признаки резко выражены в виде синюхи и одутловатости лица, множественных кровоизлияний в кожу лица, слизистые оболочки глаз и рта.

Странгуляционная борозда при удавлении петлей удавкой чаще имеет горизольтальное направлении, охватывает всю окружность шеи, т.е. выражена равномерно на всем своем протяжении, за исключением, когда под петлю подкладываются мягкие предметы. Необходимо помнить, что удавление петлей чаще убийство и узел расположен на задней поверхности шеи. Возможны случаи, когда жертву лишают жизни путем удавления петлей и затем в этой же петле подвешивают. При этом на шеи могут образоваться две страгуляционные борозды: одна - косовосходящая, другая - горизонтальная.

Особенности наружного осмотра трупа в случаях смерти от сдавления органов шеи петлей (при повешении и удавлении).

При описании позы трупа необходимо указать, на каком расстоянии от пола (земли) весит труп, какой частью тела и как приходит в соприкосновение с окружающими предметами и на каком расстоянии от него они находятся (измерение производится следователем). Предметы, расположенные вблизи трупа необходимо хорошо осмотреть т.к. во время судорожного периода или обрыва петли тело повешенного может о них ударятся с причинением ссадин, кровоподтеков, ушибленных, резанных ран, переломов костей. Обнаружение на окружающих предметах следов крови, дефектов слоев краски, вмятин и их сопоставления с локализацией имеющихся на трупе повреждений может помощь эксперту решить вопрос о механизме обнаруженных на трупе повреждений. Особенно тщательно должна быть осмотрена и описана петля. При этом в проколе указывается общая длина петли, к чему (место) и как (способ) она прикреплена (к гвоздю, вешалки), отмечаются расстояния от места прикрепления петли до места соприкосновения с поверхностью шеи, а также до уровня пола или предметов, находящихся под трупом, кроме того, необходимо отметить расстояние от этих предметов до уровня подошв трупа. В протоколе отмечается вид петли, материал, сколько имеет витков, расположение петли в области шеи, направление петли, место нахождение узла. Необходимо помнить о правилах снятия петли. Осматривается сама петля, указывается окружность, ширина, количество узлов. По окончанию осмотра и описания петля как вещественное доказательство предается следователю для последующих исследований.

Учитывая, что петли изготавливаются из разного рода материалов, борозда может быстро исчезнуть и в последствии все особенности петли невозможно установить. Осмотр и описание странгуляционной борозды необходимо провести на месте происшествия, в дальнейшем более детальное исследование с применением гистохимических, микроскопических методов будет проводится в соответствующих отделениях бюро. Одной из особенностей наружного осмотра трупа на месте происшествия при повешении является измерение длины трупа от его подошв до кончиков пальцев верхних конечностей, поднятых и вытянутых кверху, что может помощь при последующем решении вопроса о возможности самостоятельного (без подставки) привязывания петли умершим. В случаях повешения при свободном и длительном висении трупа следует обратить внимание на расположение трупных пятен в области предплечий, кистей, нижних конечностей, сохраняющихся после извлечения трупа из петли, может указать на первоначальную позу.

## СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ОТРАВЛЕНИЙ КИСЛОТАМИ И ЩЕЛОЧАМИ (ЧАСТНАЯ ТОКСИКОЛОГИЯ).

• Отравление едкими ядами (кислоты, щелочи)

• Отравление деструктивными ядами ( ртуть, мышьяк)

• Отравление ядами крови ( угарный газ )

• Отравления, невызывающих заметных морфологических изменений, которые делятся на: парализующие (фос, синильная кислота) и угнетающие (наркотические, снотворные, медикоментозные, алкоголь)

• Пищевые отравления (бактериальные: микробы, токсины, и небактериальные - продукты растительного и животного происхождения).

Отравление едкими ядами.

Для едких ядов характерно быстрое взаимодействие с тканями в месте соприкосновения, которые сопровождаются раздражающим, некротизирующим и расплавляющим эффектом. Болевые раздражения, возникающие в следствие химического ожога, могут вызывать шок и быструю смерть.

Кислоты имеют водородные соединения, которые отнимают у ткани воду и вызывают свертывание белков, что приводит к сухому некрозу, возможно выделение большого количества тепла и вспенивание их вследствие этого ткани приобретают темно-коричневый или буроватый цвет (расщепление гемоглобина). Омертвение ткани образуют плотные струпы, окруженные очагом воспаления (прижизненные). Клиника : боль во рту, по ходу пищевода, рвота с темной кровью. При осмотре ожоги кожи вокруг рта серной кислотой - угольно-черного цвета, азотной - желтоватого цвета, уксусной - темно-красного цвета.

Азотная кислота применяется при производстве удобрений, взрывчатых веществ. Чаще - это несчастные случаи , реже самоубийства. Смертельная доза - 8-10 мл. При наступлении смерти вследствие шока при химическом исследовании азотную кислоту находят в головном мозге, в крови, в моче. При вскрытии из желудка и кишечника исходит удушливый запах окислов азота. Если человек выздоравливает, то на месте повреждений образуются рубцы, что приводит к функциональной несостоятельности желудочно-кишечного тракта.

Серная кислота чаще ингаляционные отравления (кашель, отек гортани, асфиксия, шок) На коже образуется белый струп, после отпадения которого образуются плохо заживающие язвы, переходящие в рубцы. Смертельная доза - 5-10 мл. Чаще суицид. После приема яда возникают боли, рвота бурыми массами (продукты разрушения гемоглобина), кашель от вдыхания паров, отек гортани, холодный липкий пот, цианоз(синеет) лица, падение давления, и через 2-3 часа смерть.

Органические кислоты (уксусная кислота). Наиболее часты бытовые отравления. Смертельная доза столового уксуса 200 мл, эссенции - 20-40 мл. Уксусная кислота очень быстро образует струп, поэтому повреждение неглубокое. Причина смерти - асфиксия, при вдыхании паров, или тяжелые поражения легких. Поражение почек, печени, поражение центральной нервной системы. следы ожога в окружности рта могут отсутствовать, но в пищеводе находят серо-бурые пленки, образованные пластами мертвого эпителия.

Щелочи. Действуют ОН ионами и вызывают набухание белка, образуя влажный некроз, который очень легко проникает в глубину тканей не образуя зоны отграничения (демаркационная линия не образует). Сильные щелочи растворяют мышцы, нервную ткань, кожу, волосы, ногти. Цвет поврежденных тканей зеленоватый. Если не наступила смерть, то образуются рубцы. Отравление щелочами по клинике напоминает отравление кислотами.

Смерть наступает при сердечной недостаточности и коллапсе. Распознаванию отравления щелочами помогает наличие белого струпа и характерный запах от внутренних органов. Разведенные щелочи опасны. К таким отравление каустической содой, гашеной известью, известкой.

Нашатырный спирт. Смертельная доза - 25-50 мл. Вызывает поверхностные болезненные воспалительные реакции с образованием отека. При избытке яда - паралич нервной системы, быстрая смерть при явлениях асфиксии (судороги, цианоз, остановка дыхания) На вскрытии аммиачный запах, который сохраняется на 3-4 дня после приема яда.

Перекись водорода. Смертельная доза 100мл, принятых внутрь. Сразу наступает потеря сознания, изо рта появляется кровавая пена, рвота, отек головного мозга. Смерть через несколько часов, или через сутки после принятия яда. На вскрытии в ж.к.т. большое количество газов, может быть разрыв желудка.

Марганцовка. Смертельная доза - 20 гр внутрь. Смерть в результате отека гортани, асфиксия, находят в печени.

## ПРАВОВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ФОРМЫ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Судебная психиатрия является разделом психиатрии - медицинской науки, которая изучает клинические проявления, диагностику, лечение и прогноз психических расстройств, разрабатывает вопросы восстановления в жизни больных с нарушениями психики.

Судебная психиатрия остается прежде всего клинической дисциплиной, и основное значение для заключения о правовом состоянии обследуемого лица имеет диагностика наличия или отсутствия у него психических расстройств, их квалификация применительно к конкретному правовому событию. При этом большую роль играет оценка текущего и прошлого психического состояния лица, прогноз течения психических расстройств, выяснение влияния нарушений психики на его поведение в исследуемой ситуации. Поэтому главным в деятельности судебного психиатра является диагностический процесс. То или иное экспертное решение зависит от правильности и достоверности диагноза. Следует отметить, что в отличие от диагностического процесса в общей психиатрии и медицине в целом, в случаях экспертной диагностики обязательными являются два этапа оценки психического состояния обследуемого (подэкспертного) лица. Первый этап заключается в установлении наличия (или отсутствия) психического расстройства и его нозологическая квалификация — отнесение к тому или иному психическому заболеванию. Второй этап состоит в сопоставлении выявленных у обследуемого расстройств с юридическими критериями правовой нормы, в отношении которой была назначена экспертиза. Могут выясняться вопросы вменяемости-невменяемости обвиняемых и подсудимых, возможности давать показания свидетелями и потерпевшими в уголовном процессе, вопросы дее-недееспособности в гражданском процессе, назначения и отмены принудительного лечения, а также характер психических расстройств, которые препятствуют отбыванию наказания, у осужденных.

Краткий перечень основных вопросов, которые могут ставиться перед судебными психиатрами, показывает, что судебная психиатрия включает несколько направлений.

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

2. Осуществление принудительных мер медицинского характера.

Этот раздел судебной психиатрии тесно связан с общей психиатрией в плане выбора лечебных мероприятий, тактики реабилитационных методов. Однако проведение принудительного лечения лицам с психическими расстройствами, признанными судом невменяемыми, имеет специфические отличия от организации лечения больных в общей психиатрии. Различия заключаются в том, что вопросы помещения на принудительное лечение, его прекращения и выписки больного регламентированы соответствующими статьями уголовного и уголовно-процессуального кодексов. Поэтому необходимы знание этих правовых норм, умение обосновать необходимый пациенту вид принудительного лечения и вывод о возможности его прекращения.

3. Большой раздел судебной психиатрии относится к пенитенциарной психиатрии — психиатрической помощи осужденным в местах лишения свободы. Развитие психиатрической службы в местах заключения имеет важное значение для гуманизации режима, выявления лиц с психическими расстройствами среди этого контингента, своевременного оказания им лечебной помощи, что позволяет существенно снизить нежелательные эксцессы, а также освобождать от дальнейшего отбывания наказания больных с тяжелыми хроническими психическими расстройствами.

Первые два направления судебной психиатрии имеют больший удельный вес, хотя значение всех трех направлений для правопорядка и правоприменения трудно переоценить. Судебно-психиатрическая экспертиза и проведение принудительных мер медицинского характера осуществляются органами здравоохранения, а психиатрическая служба мест лишения свободы подчинена медицинским органом МВД РФ. Научно-методическое обеспечение судебной психиатрии представлено Государственным научным центром социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского[[4]](#footnote-4)1 Министерства здравоохранения Российской Федерации, который был основан в 1921 г. с главной задачей — проведения наиболее сложных судебно-психиатрических экспертиз в стране. За истекшие 75 лет задачи Центра значительно расширились, но ведущей остается научная разработка всех трех направлений судебной психиатрии. В последние годы в России были организованы межрегиональные центры судебной психиатрии в ряде крупных психиатрических больниц. Эти центры проводят экспертизу, а в некоторых случаях и принудительное лечение больных из нескольких прилегающих к ним областей или республик.

Общая структура организации судебно-психиатрической службы выглядит следующим образом. Практически в каждой области, республике, крае или крупном городе при психиатрических больницах или психоневрологических диспансерах существуют амбулаторные судебно-психиатрические экспертные комиссии (АСПЭК). В некоторых регионах таких комиссий несколько, так как учитывается количество жителей и протяженность территории (Москва, Санкт-Петербург, Екатеринбург, Красноярский край и т.д.). Почти во всех областных и республиканских психиатрических больницах имеются специальные отделения стационарной судебно-психиатрической экспертизы, часть из которых предназначена для лиц, содержащихся под стражей. В этих же больницах осуществляется принудительное лечение, причем имеются также несколько больниц— "психиатрических стационаров специализированного типа с интенсивным наблюдением" для больных, совершивших особо опасные действия.

## ДЕПРЕССИВНЫЙ СИНДРОМ

**Депрессивный синдром** характеризуется угнетенным настроением, появлением тоски, тревоги, утратой интереса к жизни, повышенной утомляемостью, сниженной двигательной активностью. Эти явления дополняются появлением резко заниженной самооценки, утратой уверенности в своих силах и будущем; убеждении в собственной виновности; мрачном и пессимистическом отношении к прошлым, настоящим и предстоящим событиям. У больного с депрессивным состоянием обычно скорбная мимика и пантомимика, движения скованы, речь замедлена, нарушается сон, аппетит. Появляются мысли о никчемности жизни, суицидальные тенденции и попытки. Как выше отмечено, эти состояния относятся к чрезвычайно опасным из-за риска самоубийства и, особенно, расширенного самоубийства.

Депрессивные расстройства встречаются весьма часто, причем они могут проявляться в разных по выраженности и глубине расстройствах и при различных психических заболеваниях.

## ПОРЯДОК НАЗНАЧЕНИЯ И ОТМЕНЫ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

В соответствии со ст. 21 УК РФ, уголовной ответственности не подлежит лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невменяемости. К такому лицу по назначению суда могут быть применены принудительные меры медицинского характера. Ст. 97 ч. 2 УК РФ предусматривает, что принудительные меры медицинского характера назначаются только в тех случаях, когда психические расстройства связаны с возможностью причинения этими лицами иного существенного вреда либо опасностью для себя или других лиц. В соответствии со ст. 97 УК РФ, принудительные меры медицинского характера могут быть назначены судом невменяемым: лицам, заболевшим психическим расстройством после совершения преступления; совершившим преступление и страдающим психическими расстройствами, не исключающими вменяемости; совершившим преступление и признанным нуждающимися в лечении от алкоголизма и наркомании. Ст. 99 УК РФ в качестве таких мер предусматривает помещение в психиатрические стационары общего типа, специализированного типа и специализированного типа с интенсивным наблюдением, а также амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра. Принудительные меры медицинского характера, как и уголовное наказание, представляют собой меру государственного принуждения, которую назначает суд. Однако между ними и наказанием существуют серьезные различия. Наказание применяется к виновным в совершении преступления, принудительные меры медицинского характера — к психически больным, представляющим опасность вследствие психического расстройства и совершения ими общественно опасного деяния, предусмотренного Уголовным законом. Меры медицинского характера лишены карательных признаков и не влекут судимости. Лица, подвергнутые принудительному лечению, в отличие от осужденных, не могут быть амнистированы или помилованы.

В УК РФ от 1996 г. впервые четко сформулированы цели применения принудительных мер медицинского характера, которыми являются "излечение лиц, указанных в ст. 97, или улучшение их психического состояния, а также предупреждение совершения ими новых деяний, предусмотренных статьями Особенной части настоящего Кодекса" (ст. 98 УК РФ). Важно отметить, что центр тяжести целей принудительного лечения справедливо смещен в сторону лечения, иными словами, на первый план выносится личность больного, а не интересы государства или общества, как это имело место в явной форме в Кодексе 1926 г. и завуалированной в кодексе 1960 г.

Согласно ст. 101 УК РФ, больные направляются в психиатрические больницы с учетом их психического состояния, опасности для себя и окружающих. Эта статья гласит: "1. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре может быть назначено при наличии оснований, предусмотренных ст. 97 настоящего Кодекса, если характер психического расстройства лица требует таких условий лечения, ухода, содержания и наблюдения, которые могут быть осуществлены только в' психиатрическом стационаре. 2. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа может быть назначено лицу, которое по своему психическому состоянию нуждается в стационарном лечении и наблюдении, но не требует интенсивного наблюдения. 3. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа может быть назначено лицу, которое по своему психическому состоянию требует постоянного наблюдения. 4. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением может быть назначено лицу, которое по своему психическому состоянию представляет особую опасность для себя или других лиц и требует постоянного и интенсивного наблюдения" .

Ст. 102 УК РФ (ч. 3) регламентирует изменение или прекращение принудительных мер медицинского характера судом с указанием, что прекращение его осуществляется в случае психического состояния лица, при котором отпадает необходимость в применении ранее назначенной меры либо возникает необходимость в назначении иной принудительной меры медицинского характера.

Процессуальными нормами предусматривается особое судопроизводство по назначению и прекращению принудительных мер медицинского характера. При этом обязательным является судебное разбирательство с участием прокурора и защитника с целью доказывания совершенного общественно опасного деяния и выбора вида принудительных мер. Судебно-психиатрические экспертные комиссии в своих заключениях лишь рекомендуют вид меры медицинского характера, его определение входит в компетенцию суда. Этим гарантируется защита прав больного. К таким же правовым гарантиям относится впервые включенное в закон обязательное освидетельствование психического состояния лица, находящегося на принудительном лечении, не реже одного раза в шесть месяцев, с целью выяснения вопроса о прекращении применения или об изменении принудительной меры медицинского характера (ст. 102 ч. 2 УК РФ). В этом же пункте ст. 102 УК РФ предусмотрено, что первое продление принудительного лечения может быть произведено по истечении шести месяцев с момента начала лечения, в последующем продление принудительного лечения производится ежегодно.

Согласно законодательству, предусматриваются три варианта проведения принудительного лечения: в психиатрических стационарах общего типа, специализированных и специализированных с интенсивным наблюдением. Прежним уголовным законом эти психиатрические больницы назывались "с обычным. усиленным и строгим наблюдением". Такая терминология, по существу повторяющая названия колоний для отбывания наказания за преступления, применительно к психиатрическим учреждениям вызывала справедливую критику. Новые наименования психиатрических стационаров, осуществляющих принудительное лечение, устраняют имевшиеся терминологические недочеты.

Подобные типы психиатрических больниц или отделений с обычной, средней или максимальной степенью безопасности и дифференцированными режимами содержания больных, совершивших опасные действия, предусмотрены законодательством ряда европейских стран (Великобритании, Франции, Германии и др. ). Старейшая в мире больница для совершивших особо опасные действия психически больных — Броадмур существует в Англии с 60-х гг. XIX в. Законодательством некоторых государств, например ФРГ, вводится четвертый вид принудительного лечения — амбулаторное принудительное лечение, которое подразумевает длительное наблюдение больного врачами больницы, где он находился на стационарном принудительном лечении, осуществление поддерживающих методов терапии и социально-реабилитационных мероприятий. Ухудшение состояния больного или повторное опасное действие в период амбулаторного принудительного лечения позволяют вернуть больного в больницу без судебной процедуры. Уголовным кодексом России введена такая мера медицинского характера, которая дает возможность более полно проводить мероприятия по предупреждению рецидивов опасных действий лиц с психическими расстройствами. Ст. 100 УК РФ гласит, что "амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра может быть назначено при наличии оснований, предусмотренных ст. 97 настоящего Кодекса, если лицо по своему психическому состоянию не нуждается в помещении в психиатрический стационар". Этой статьей не предусматривается автоматическая отмена принудительного амбулаторного наблюдения и замена его на более ограничительную меру в случае изменения состояния больного. Такое изменение меры медицинского характера и в этом случае возможно только судом, чем гарантируются права больных.

С 1988 г. система принудительного лечения в нашей стране была приведена в соответствие с международными нормами и с этого времени все психиатрические больницы, осуществляющие это мероприятие, находятся в ведении органов здравоохранения и Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации. Больные, которым судом назначено принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа, по своему состоянию и характеру совершенного деяния не представляют значительной опасности, но нуждаются в стационарном лечении и наблюдении. В этих же больницах лечатся больные, которые не совершили опасных действий. Как правило, это общие региональные психиатрические больницы, где больные, направленные на принудительное лечение, содержатся в общих отделениях. В целях осуществления принудительного лечения в стационаре специализированного типа (прежнее название "с усиленным наблюдением") в структуре региональных психиатрических больниц организуются специальные отделения или — в некоторых областях — больницы. В них направляются больные, чье психическое состояние требует постоянного наблюдения. Это лица, имеющие тенденцию к совершению тяжких, нередко повторных опасных действий, к нарушению режима (побеги, злоупотребление алкоголем), которые мешают проведению лечебных и реабилитационных мероприятий в условиях стационаров общего типа. Такие отделения имеют охрану силами милиции. В обязанности охраны входит организация контрольно-пропускного режима и наружное наблюдение. Лечение, уход и надзор за больными осуществляет медицинский персонал. Кроме того, в России существуют несколько психиатрических больниц (стационаров) специализированного типа с интенсивным наблюдением (прежнее название — со строгим наблюдением), каждая из которых обслуживает ряд регионов, причем принудительное лечение психически больных женщин, совершивших особо опасные действия, осуществляется лишь в одной из них (г. Казань). В этих больницах лечатся больные, наиболее опасные для себя и других лиц по характеру содеянного и психическому состоянию. Охрана и надзор в них проводятся силами невойскового контролерского состава органов внутренних дел, который подчиняется главному врачу больницы. Лечебная работа организуется медицинским персоналом.

В случае развития у обвиняемого психического расстройства, которое делает невозможным назначение и исполнение наказания, судом может назначаться принудительное лечение.

Ст. 81 УК РФ предусматривает освобождение от наказания в связи с болезнью. Ч. 1 этой статьи гласит: "Лицо, у которого после совершения преступления наступило психическое расстройство, лишающее его возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, освобождается от наказания, а лицо, отбывающее наказание, освобождается от дальнейшего его отбывания. Таким лицам суд может назначить принудительные меры медицинского характера". Ч. 4 этой статьи указывает на возможность уголовной ответственности и наказания в случаях выздоровления таких лиц.

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

1. Психическое расстройство у обвиняемого, психическое состояние которого на момент совершения преступления психиатры-эксперты расценили как не исключающее вменяемости, возникло до вынесения приговора. Это положение соответствует ч. 2 ст. II УК РСФСР 1960 г. Психическое расстройство носит временный характер.

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

3. Психическое расстройство возникло у обвиняемого как до вынесения приговора, так и до определения его психического состояния на момент преступления психиатрами-экспертами. Судебно-психиатрическая экспертиза ему или не проводилась, или ее решение было затруднено из-за особенностей психического состояния и требовало длительного психиатрического наблюдения и лечения. Ситуации 2 и 3 прежними уголовными кодексами не были четко предусмотрены. В отношении третьего варианта ситуации было даже принято специальное Постановление Президиума Верховного Совета СССР, позволяющего в таких случаях направлять на принудительное лечение подэкспертных с последующим их экспертным освидетельствованием после выздоровления.

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

Принципы применения принудительных мер медицинского характера в случаях, предусмотренных ст. 81 У К РФ, уточняются в разд. VI УК.

Ч. 1 п. "б" ст. 97 УК РФ предусматривает, что если у лица после правонарушения наступило психическое расстройство, делающее невозможным назначение или исполнение наказания, к нему могут быть применены принудительные меры медицинского характера. По смыслу ст. 103 УК РФ, такие лица после излечения могут предстать перед судом и нести наказание. В случаях психического заболевания осужденного наказание, прерванное болезнью, может быть возобновлено. При этом время пребывания на принудительном лечении в психиатрическом стационаре засчитывается в срок наказания день в день. Обычно в этих случаях речь идет о возникновении у обвиняемого временного расстройства психической деятельности — реактивного (психогенного) психоза или выраженной декомпенсации имевшихся ранее психических расстройств (психопатии или остаточных проявлений органического поражения головного мозга).

Так же, как и в отношении невменяемых, суд на основании заключения судебно-психиатрической экспертизы выносит определение о направлении на принудительное лечение до выздоровления, после которого в отношении обвиняемого могут проводиться следственные и судебные мероприятия. Выбор вида принудительного лечения в таких случаях чаще всего определяется характером совершенного деяния.

Значительно реже встречаются ситуации, когда после преступления, но до вынесения приговора, лицо заболевает хроническим психическим расстройством, например, шизофренией, которое препятствует не только проведению судебно-следственных действий, но и возможному наказанию. Прежним Уголовным кодексом подобные случаи не были предусмотрены. Включенные в п. "б" ч. 1 ст. 97 УК РФ положения о "невозможности назначения и исполнения наказания" в случаях возникновения психического расстройства после преступления позволяют назначать в этих случаях принудительное лечение и, по существу, прекращать уголовное преследование обвиняемого, который совершил преступление в состоянии вменяемости, если в дальнейшем психическое расстройство, возникшее у него, приняло хронический характер.

Принципы выбора вида принудительного лечения в таких случаях с учетом хронического течения болезни, ее прогноза и характера совершенного опасного действия, как правило, совпадают с подходами к этому вопросу в отношении признанных невменяемыми.

В некоторых случаях экспертная комиссия не может вынести заключение о психическом состоянии обвиняемого, его способности отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими в отношении содеянного вследствие появления у него после привлечения к уголовной ответственности таких психических расстройств, которые не дают возможности с убежденностью определить время их начала, иными словами, эксперты не в состоянии установить, имелись ли эти расстройства в период совершения опасных действий или они возникли после ареста во время следствия, выяснить их характер и природу. Поэтому в таких случаях решение вопроса о вменяемости-невменяемости целесообразно отсрочить, отвечать па пего после выздоровления пациента или значительного улучшения его состояния. Чаще всего в этих случаях речь идет о психогенных проявлениях, которые маскируют истинную картину психических расстройств у подэкспертного. Специальные исследования показали, что среди таких пациентов после лечения и длительного наблюдения выявляются до 30% лиц, у которых с несомненностью диагностируется шизофрения, начавшаяся до преступления, около 10—15% — выраженные расстройства органической природы. У остальных — развитые варианты психогенных расстройств и декомпенсации состояния, заканчивающиеся выздоровлением или значительным улучшением, что позволяет оценить их состояние во время криминальных действий как не исключающее вменяемости. Очевидно, что отсроченное экспертное решение возможно лишь после лечения такого обвиняемого.

Прежний Уголовный Кодекс не содержал нормы, позволяющей направлять заболевшего психическим расстройством обвиняемого на лечение и отсроченно решать вопрос о его вменяемости. По инициативе судебных психиатров в 1985 г. было принято специальное Постановление Президиума Верховного Совета СССР, регламентирующее возможность такого экспертного решения, ныне ч. 1 ст. 81 УК **РФ,** где не упоминается о вменяемости лица, заболевшего психическим расстройством после преступления, что дает основания для направления таких лиц на принудительное лечение и, по существу, позволяет отсроченное экспертное решение о психическом состоянии и ответственности в период деликта в подобных случаях.

Новый УК РФ предусматривает возможность назначения судом принудительного лечения до выздоровления подэкспертных, в отношении которых не решен вопрос о вменяемости. При этом указывается на необходимость проведения судебно-психиатрической экспертизы, которая должна ответить на данный вопрос, после выхода этого лица из болезненного состояния психики.

Выбор вида принудительного лечения в таких случаях обычно зависит от особенностей криминала.

Наконец, в соответствии со ст. 81 и 97 принудительное лечение может быть рекомендовано осужденным, которые заболели хроническим психическим расстройством (или оно значительно обострилось) во время отбывания наказания, если это расстройство препятствует исполнению наказания. Суд по представлению начальника органа, ведающего исполнением наказания, на основании заключения врачебной комиссии вправе вынести определение об освобождении осужденного от дальнейшего отбывания наказания, применить принудительные меры медицинского характера или передать его на попечение органов здравоохранения. Выбор вида принудительного лечения при этом зависит, главным образом, от особенностей психического состояния лица, его прогноза, связан с клиническими показаниями.

## ВОПРОСЫ ЭКСПЕРТУ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ОБВИНЯЕМОМУ

В постановлении следователя или определении суда необходимо правильно сформулировать экспертное задание. Эта цель достигается с помощью вопросов, которые подлежат экспертному разрешению. Вопросы следует задавать четко, не допуская их неоднозначного толкования. Они также должны соответствовать закону и не выходить за пределы компетенции судебно-психиатрической экспертизы.

В связи с тем, что предметом судебно-психиатрической экспертизы является установление наличия или отсутствия психического расстройства у лица, направленного на экспертизу, то

первый вопрос, ответ на который по существу определяет все остальные вопросы, должен касаться именно выяснения психического здоровья-нездоровья этого лица.

Формулировка этого вопроса наиболее удачна в таком виде:

— Страдало ли данное лицо в прошлом и страдает ли оно в настоящее время каким-либо психическим расстройством: если страдает, то каким именно?

Ответ на этот вопрос предполагает указание на психиатрический диагноз. Значение диагноза определяется тем, что не существует абстрактных психических расстройств, каждое из них имеет нозологическую или синдромальную характеристику. Кроме того, тот или иной диагноз как медицинский критерий выясняемой правовой нормы (например, невменяемости) имеет значение для последующего решения о вменяемости или других проблем, поставленных перед экспертами. Очевидно, что установление отсутствия психического расстройства — психического здоровья подэкспертного — делает все остальные вопросы, которые могли бы быть поставлены перед судебными психиатрами, бессмысленными.

Остальные вопросы непосредственно зависят от процессуального положения лица, которому назначается судебно-психиатрическая экспертиза.

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

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

Если он страдал психическим расстройством, то к какой категории болезненных состояний относится данное психическое расстройство (хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия либо иного болезненного состояния психики)? Такие вопросы соответствуют ч. 1 ст. 21 УК РФ и п. 2 ст. 79 УПК.

На основании ответа на этот вопрос посредством установленной законом процедуры с доказательством, что именно это лицо совершило инкриминируемое ему правонарушение, обосновывается вменяемость-невменяемость обвиняемого.

Учитывая включение в уголовный закон ст. 22 об уголовной ответственности лиц с психическими расстройствами, не исключающими вменяемости, целесообразно также задавать вопрос, связанный с этой новой правовой нормой. Этот вопрос может звучать так:

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

Положительный ответ экспертов на этот вопрос должен учитываться судом при назначении наказания и может послужить основанием для назначения принудительных мер медицинского характера (ч. 2 ст. 22 УК РФ).

Следующий вопрос касается возможности участия обвиняемого в судебно-следственных действиях. Это так называемая "уголовно-процессуальная дееспособность", конкретного понятия которой до сих пор не существует в процессуальном законе, хотя ч. 2 ст. 79 УПК предусматривает обязательное определение психического состояния обвиняемого или подозреваемого, когда возникает сомнение по поводу его "способности к моменту производства по делу отдавать отчет в своих действиях или руководить ими".

Этот вопрос может быть сформулирован в соответствии с современными определениями юридического критерия невменяемости, принятого в УК, следующим образом:

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

— Если да, то делает ли это психическое расстройство невозможным назначение данному лицу наказания? (4.1 п."б" ст. 97 УК РФ).

К области "уголовно-процессуальной дееспособности" обвиняемых относятся также предлагаемые некоторыми специалистами вопросы о способности обвиняемого правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания, а также о том, не препятствуют ли обнаруженные у обвиняемого психические расстройства осуществлять самостоятельно право на защиту.

Очевидно, что постановка таких вопросов направлена на защиту прав обвиняемого с психическими недостатками, и в ряде случаев может быть обоснованной.

Во всех случаях постановки перед экспертами вопросов о психическом состоянии обвиняемого, касается ли это вменяемости, "ограниченной вменяемости" или возможности участвовать в судебно-следственных действиях, обязательно выясняется необходимость назначения ему мер медицинского характера, если у такого лица обнаружено психическое расстройство.

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

Если эксперты установили, что лицо было не способно осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий или руководить ими, они могут рекомендовать тот или иной вид принудительных мер медицинского характера, или отметить необходимость лечения на общих основаниях, без применения принудительных мер, или посчитать ненужным лечение в больничных условиях или диспансере вообще (например, в случаях кратковременных "исключительных" состояний, когда психические расстройства продолжались очень недолго и полностью прошли к моменту экспертизы).

Наконец, в отношении обвиняемых ставится также вопрос о наличии у них алкоголизма или наркомании и необходимости принудительного лечения от этих недугов в случае их осуждения:

— Страдает ли обвиняемый алкоголизмом или наркоманией? Нуждается ли он в принудительном лечении от алкоголизма или наркомании? Имеются ли у него медицинские противопоказания к такому лечению? (Ч. 1 п. "г" ст. 97 УК РФ).

Ответ на этот вопрос может давать как судебно-психиатрическая, так и судебно-наркологическая экспертиза в соответствии с действующей в настоящее время на территории Российской Федерации "Временной инструкции о производстве судебно-наркологической экспертизы" Министерства здравоохранения СССР от 10 августа 1988 г., которая была согласована с соответствующими ведомствами.

В уголовном процессе согласно положениям п. 3 ст. 79 УПК судебно-психиатрическая экспертиза обязательно проводится свидетелям и потерпевшим в случаях сомнений в том, что их психическое состояние позволяет адекватно участвовать в судебно-следственных действиях. Основной вопрос, который формулируется, по существу, одинаково в отношении свидетелей и потерпевших, практически повторяет эту статью процессуального закона и звучит так:

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

Как следует из содержания вопроса, следствие и суд интересуют лишь возможности этих участников процесса давать показания, пояснять суду события, очевидцами или жертвами которых они были. Круг вопросов, касающихся психических особенностей и расстройств потерпевших, шире. Может быть поставлен вопрос:

— Не является ли психическое расстройство потерпевшего последствием совершенного в отношении него преступления, какова тяжесть этого расстройства (тяжкое, средней тяжести, легкое)?

Такого рода вопрос чаще ставится перед комплексной судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертизой.

Может быть задан вопрос о наличии у потерпевшей (потерпевшего) так называемого беспомощного состояния, который формулируется так:

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

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

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

Главные вопросы, которые ставятся в гражданском процессе, сводятся к выяснению дее-недееспособности и нуждаемости лица в учреждении над ним опеки, а также к решению вопроса о психическом состоянии лица в момент совершения им той или иной сделки. Однако по каждому конкретному делу могут быть заданы и иные вопросы.

Надо подчеркнуть, что предложенное описание вопросов, которые ставятся перед психиатрами-экспертами, является достаточно схематичным, однако оно касается основных, базовых вопросов. Могут быть поставлены различные уточняющие вопросы, может требоваться расширение и пояснения ответов. В последние годы широко распространены комплексные судебно-психиатрические экспертизы, в которых принимают равное участие представители различных медицинских дисциплин, психологи и другие специалисты. Очевидно, что такие экспертизы призваны решать более сложные и разнообразные вопросы.

## ЦЕЛЬ ПРОВЕДЕНИЯ СУДЕБНО-ПСИХИТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Заключение экспертов оформляется актом судебно-психиатрической экспертизы. Принципы составления акта и его форма изложены в специальных методических указаниях и Инструкции о производстве судебно-психиатрической экспертизы.

Акт экспертизы состоит из введения, анамнестической части (сведения о жизни подэкспертного, данных о прошлых заболеваниях, их течении), соматическом и неврологическом состоянии, описания психического состояния и заключительной части (обосновании диагноза и экспертного решения).

Во вводной части акта содержатся дата и место производства экспертизы; паспортные данные; процессуальное положение подэкспертного (у обвиняемого — статья УК); состав экспертной комиссии; орган, направивший на экспертизу; вопросы, поставленные перед экспертной комиссией; сведения о судебно-психиатрических экспертизах, проведенных по данному уголовному или гражданскому делу, и экспертные решения.

В анамнестической части приводятся данные о наследственности, образовании, производственной деятельности, семейном положении. Особое внимание уделяется прошлым заболеваниям, перенесенным черепно-мозговым травмам, стационированиям в психиатрические больницы, обращаемости в психоневрологический диспансер, лечению. При этом констатируется, что известно со слов испытуемого, что подтверждается медицинскими документами (приводятся номера историй болезни, даты поступления и выписки), сведениями со слов родственников и лиц ближнего окружения, освещаются прошлые судимости и освидетельствования судебно-психиатрическими комиссиями. Анамнестические сведения заканчиваются временем непосредственно предшествующим поступлению на стационарную экспертизу или амбулаторное освидетельствование. При диагностике или отрицании кратковременных расстройств психической деятельности в момент совершения правонарушения подробно освещаются данные материалов уголовного дела со ссылками на листы дела и фамилии свидетелей.

В разделе соматического и неврологического состояния отражаются результаты обследования испытуемого, в том числе и

данные анализов и лабораторных исследований, заключения консультантов.

В разделе психического состояния описываются ориентировка испытуемого, настроение, психопатологическая симптоматика (если она имеется), особенности эмоциональных реакций, мышления, отношение к совершенному противоправному деянию, данные психологического исследования (если оно проводилось).

В заключительной части акта приводится диагноз заболевания (его нозологическая форма и синдромальный уровень), обоснование диагноза, экспертного решения. В случае наличия психического заболевания и заключения о невменяемости оценивается степень социальной опасности испытуемого и соответственно рекомендации по применению мер медицинского характера. Основным признаком, характеризующим качество акта экспертизы, является соотношение описательной части с результативной. Наличие противоречий в данных частях акта, неточности ссылок на медицинскую документацию, формулировок и материалов уголовных и гражданских дел могут явиться основанием для назначения повторных или дополнительных судебно-психиатрических экспертиз. Акт подписывается 'всеми членами комиссии и скрепляется печатью учреждения.

Оценка акта экспертизы, экспертного решения принадлежит органу, назначившему экспертизу. Дополнительная и повторная экспертиза проводятся в соответствии с Инструкцией о производстве судебно-психиатрической экспертизы. В особо сложных случаях повторные экспертизы поручаются Государственному Научному Центру социальной и судебной психиатрии имени В.П. Сербского.

1. 1Здесь и далее приводятся статьи Уголовно-процессуального кодекса (УПК), Уголовного кодекса (УК) и Гражданского процессуального кодекса (ГПК) РСФСР. При этом имеются в виду и соответствующие статьи УПК, УК и ГПК других союзных республик. [↑](#footnote-ref-1)
2. 2Инструкция о производстве судебно-медицинской экспертизы в СССР. М., 1978. [↑](#footnote-ref-2)
3. Под выстрелом обычно понимается выбрасывание снаряда (пули, дроби и др.) из канала ствола оружия или какого-либо приспособления под действием пороховых газов. Взрыв определяется как физическое явление, характеризующееся крайне быстрым выделением большого количества энергии в связи с внезапным изменением агpeгaтнoгo состояния вещества. [↑](#footnote-ref-3)
4. 1 Далее по тексту: ГНЦ им.Сербского [↑](#footnote-ref-4)