МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний авіаційний університет
Науково-навчальний Юридичний інститут
Кафедра кримінального права та процесу

СУДОВА МЕДИЦИНА ТА СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

Методичні рекомендації для самостійної підготовки
до занять студентів спеціальності
6.03040101 «Правознавство»

Затверджено на засіданні кафедри
“___”_____ 2015р., протокол № ____

Укладач: ас. Циганій С.О.

КИЇВ – 2015

ЗМІСТ

	стор.
ВСТУП	3
МОДУЛЬ 1. СУДОВА МЕДИЦИНА ТА ПСИХІАТРІЯ	
Тема 1. Поняття, предмет, завдання і значення судової медицина та психіатрія. Історичні етапи розвитку**.**	5
Тема 2. Процесуальні основи судово-медичної та психіатричної експертизи.	24
Тема 3. Судово-медична травматологія. Експертиза при дії високої та низької температури, електротравмі, баротравмі, іонізуючого випромінювання.	43
Тема 4. Судово-медична токсикологія.	57
Тема 5. Судово-медична експертиза живих осіб, статевих станів і статевих злочинів та речових доказів.	79
Тема 6. Судово-медична танатологія.	92
Тема 7. Психіатрична експертиза учасників судового процесу.	97
Тема 8. Судово-психіатрична експертиза психічних розладів і захворювань	106
Тема 9.Асфіксія	120
СПИСОК ДЖЕРЕЛ	137

ВСТУП

Важливою складовою підготовки у вищих навчальних закладах висококваліфікованих фахівців є самостійна робота студентів.

Матеріал методичних рекомендацій складено відповідно до програми з судової медицини та судової психіатрії на основі сучасних наукових досягнень, змін чинного законодавства України, а також виданих останнім часом офіційних нормативних документів, що регламентують проведення судово-медичної та судово-психіатрічної експертиз.

Розглянуто нові нормативні матеріали з процесуальних та організаційних основ судово-медичної та судово-психіатічної експертизи. Наведено матеріал з різних питань судово-медичної танатології, в тому числі законодавчі нормативи щодо використання органів і тканин з метою їх трансплантації, висвітлено сучасні погляди на генез, патоморфологію раптової смерті при різних нозологічних формах хвороб тощо.

Велику увагу приділено можливостям судово-медичної травматології у дослідженні механізму виникнення різного характеру пошкоджень, заподіяних тупими, гострими предметами, вогнепальною зброєю, з'ясуванні питань, які виникають в процесі розслідування кримінальних справ.

Аналізуються особливості дії на організм людини крайніх температур, високого і низького атмосферного тиску, електротравми та іонізуючого випромінювання.

Матеріал із судово-медичної токсикології наведено з позицій сучасних уявлень про дію на організм людини отруйних речовин, їх діагностику тощо.

Охарактеризовано особливості експертизи потерпілих, звинувачених та інших осіб відповідно до статей Кримінального кодексу України, як найпоширенішої за інші види судово-медичних експертиз.

Викладено матеріали судово-медичної експертизи речових доказів, які дозволяють оцінити сучасні можливості дослідження цих об'єктів.

Розглянуто відомості про сучасні судово-медико-криміналістичні методи досліджень, які останнім часом широко використовуються в судово-медичній практиці.

Також наведено матеріал про морально-етичну і правову

регламентацію лікарської діяльності і кримінальну відповідальність лікарів за професійно-посадові правопорушення згідно із статтями КК України.

МОДУЛЬ 1. СУДОВА МЕДИЦИНА ТА ПСИХІАТРІЯ

Тема 1. Поняття, предмет, завдання і значення судової медицини та психіатрії. Історичні етапи розвитку.

План

1. Поняття та зміст судової медицини.
2. Поняття та зміст судової психіатрії.
4. Відомі резонансні теорії.

Методичні рекомендації

1. В результаті вивчення даної теми студенти повинні чітко орієнтуватися у понятті судова медицина, її значення для правосуддя, питання які розглядає ця галузь, предмет вивчення.

Судова медицина є галуззю медицини, що представляє сукупність знань і спеціальних методів дослідження, застосовуваних для вирішення питань медико-біологічного характеру, що виникають у діяльності правоохоронних органів, а також конкретних завдань охорони здоров'я.

Коло наукових інтересів і дозволених питань пов'язує судову медицину з різними галузями медицини (патологічною анатомією, хірургією, акушерством, педіатрією та ін.), А також низкою інших дисциплін - криміналістикою, цивільним і кримінальним правом і процесом, фізикою, хімією, біологією, математикою і ін. Це обумовлює широке застосування в судовій медицині підходів та методик, що використовують в інших областях. У судовій медицині розробляються специфічні способи і методи досліджень, такі як діагностика давності настання смерті, встановлення знаряддя травми і механізмів пошкоджень та ін. Широке поширення як в наукових дослідженнях з судової медицини, так і при проведенні експертизи отримав експериментальний метод, у тому числі моделювання. Цей метод дозволяє відтворювати конкретні події, найбільш повно їх оцінювати і всебічно відповідати на питання, що виникають у процесі дізнання, слідства чи суду.

Широко використовується аналіз секційного і клінічного матеріалу, що дозволяє виявляти причини раптової смерті, травм, отруєнь, помилок лікарів і дефектів професійної діяльності медичного персоналу. Цей аналіз є основою для визначення заходів профілактики та підвищення якості лікувальної роботи.

У судовій медицині прийнято виділяти процесуально-організаційний розділ, в якому розглядаються зміст і тлумачення законів і відомчих розпоряджень, права, обов'язки, межі компетенції і відповідальність судово-медичних експертів, організація судово-медичної служби. У предмет судової медицини входить теорія і практика судово-медичної експертизи, тобто, безпосереднє застосування медичних знань для цілей слідчої та судової практики. Зміст власне судової медицини як науки складають:

Судово-медична танатологія (вчення про смерть і постмортального процесах);

Судово-медична травматологія (вчення про пошкодження та механізми їх виникнення);

Судово-медичне акушерство та гінекологія (вивчення питань спірних статевих станів та ін.);

Судово-медична токсикологія (методи діагностики та попередження отруєнь);

Вивчення гіпоксичних станів (причини їх виникнення, морфологічні прояви та способи діагностики, дії критичних температур, електричної та променевої енергії, баротравми);

Дослідження речових доказів біологічного походження;

Прикордонні (з криміналістикою) питання ідентифікації особистості, знаряддя травми, експертизи за матеріалами слідчих і судових справ.

Об'єктами судово-медичної експертизи є трупи, потерпілі, обвинувачені та інші особи, речові докази біологічного походження, а також матеріали та документи.

Практичне застосування судової медицини, відображаючи вплив на неї правових норм, показує, що ці норми і юридичні науки завжди мали і мають суспільно-політичний характер і підпорядковані інтересам панівного класу.

Судово-медична наука Україні її практичне застосування (експертиза) мають принципову відмінність від судової медицини європейських держав. З самого початку становлення радянської

судово-медичної експертизи і протягом всього подальшого розвитку вона придбала ряд характерних рис. Насамперед, це по державному організована система, яка забезпечує розробку і застосування наукових доказів при розслідуванні та судовому розгляді кримінальних і цивільних справ. Для об'єктивізації експертних доказів використовуються сучасні наукові досягнення природознавства, медицини, фізики та хімії. Судово-медична експертиза надає всебічне сприяння органам охорони здоров'я в поліпшенні медичної допомоги населенню та боротьбі за зниження захворюваності та смертності.

Характерною рисою і особливістю сучасних наукових робіт, виконуваних у наукових і практичних судово-медичних установах України, є обов'язкове використання лабораторних методик, найчастіше їх раціональних комплексів (методики, використовувані у фізиці, біофізиці, гистохимии, біохімії, серології, цитології і т. Д .), що підвищує достовірність висновку експерта та його доказову цінність. Результати наукових досліджень, що проводяться судовими медиками і хіміками, публікуються в періодичній пресі та монографіях.

Значного поширення при дослідженнях об'єктів судово-медичної експертизи (трупи, потерпілі та інші особи, речові докази) отримали емісійна спектрографія, абсорбційний спектральний аналіз, спектрофотометрія, Фотоелектроколориметр, рентгенографія (в її різних видах), біохімічні та біофізичні дослідження, електрофорез на папері, іммуноелектрофорез, хроматографія (у її різних модифікаціях), реакції електропреціпітаціі, іммуноелектропреціпітаціі, абсорбції-елюції, «змішаної» аглютинації та ін.

Вивчаючи дане питання, студенти повинні знати, що *предметом* судової медицини, як теоретичної основи судово-медичної експертизи є науково-практична розробка насамперед таких розділів, як:

організаційно-методичне забезпечення проведення судово-медичної експертизи

діагностика розладу здоров'я і смерті від різних видів зовнішнього впливу (фізичного, хімічного, біологічного, психічного)

встановлення термінів і механізмів утворення ушкоджень в цілях реконструкції обставин події (події)

встановлення давності походження процесів і об'єктів судово-медичної експертизи

ідентифікація особи, знаряддя травми та інших об'єктів судово-медичної експертизи

оцінка стану здоров'я і ступеня тяжкості заподіяної шкоди здоров'ю.

2. Вивчаючи судову психіатрію, студент повинен розуміти і давати визначення: Психіатрія - медична наука, яка вивчає клінічні прояви, діагностику, лікування та прогноз психічних розладів, розробляє питання відновлення в життя хворих з порушеннями психіки. Поняття "психічні хвороби" не вичерпується психозами.

До психічних хвороб в широкому розумінні, крім психозів, відносяться і більш легкі розлади психіки, що не супроводжуються вираженим порушенням відображення реального світу і істотною зміною поведінки. Вони включають неврози, психопатії, розумовий недорозвинення і не досягають ступеня психозу психічні порушення різного генезу. Психіатрія підрозділяється на загальну психіатрію(загальну психопатологію), що досліджує основні, властиві багатьом психічним хворобам закономірності прояву і розвитку патології психічної діяльності, загальні питання етіології та патогенезу, природу психопатологічних процесів, їх причини, принципи класифікації, проблеми відновлення, методи дослідження, і приватну психіатрію, що досліджує відповідні питання при окремих психічних захворюваннях. У процесі розвитку психіатрії виділилися і склалися окремі її галузі: дитяча психіатрія, геріатрична психіатрія (психіатрія пізнього віку), біологічна психіатрія, соціальна психіатрія, військова та судова психіатрія, а також психофармакологія.

Основним методом обстеження психічно хворих залишається клінічний з чітким і обґрунтованим психопатологічним аналізом стану обстежуваного. Клінічне спостереження доповнюється даними лабораторних методів.

При вивченні даного курсу, студенти повинні знати, що судова психіатрія - самостійний розділ медичної науки - психіатрії, що вивчає психічні розлади у їх спеціальному відношенні до кримінального і цивільного права. Судова психіатрія покликана сприяти правоохоронним органам у їх діяльності, оскільки, за законом суспільно небезпечні діяння, вчинені психічно хворими в стані неосудності, не вважаються злочинами, а особи, котрі здійснили, не можуть вважатися злочинцями. Основною метою судової психіатрії є

допомога слідству і суду у відповіді на питання - хто скоїв правопорушення, злочинець чи психічно хвора людина. Предметом судової психіатрії є стан психічного здоров'я учасників кримінального чи цивільного процесів, їх психічні порушення і психічна діяльність під час вчинення делікту, при проведенні експертизи.

Основні завдання судової психіатрії:

1) вирішення питання про осудність-неосудність осіб, які притягуються до кримінальної відповідальності і викликають сумніви в їх психічному здоров'ї;

2) вирішення питання про дієздатність-недієздатності психічно хворих осіб у цивільному процесі;

3) визначення процесуальної дієздатності і психічного стану учасників кримінального та цивільного процесів;

4) профілактика правопорушень, у тому числі шляхом рекомендації за призначенням і вибору конкретних примусових заходів медичного характеру щодо психічно хворих осіб, які вчинили правопорушення;

5) розробка пропозицій щодо вдосконалення законодавства, що стосується психічно хворих осіб;

6) проведення психопрофілактичних заходів щодо засуджених, які мають порушення психіки;

7) розробка критеріїв експертної оцінки окремих психічних захворювань.

Початком розвитку психіатричної допомоги в Україні вважають XI ст., Коли разом з основою Києво-Печерського монастиря було збудовано перший лікарняний заклад, що надає допомогу психічно хворим. У 1677 р. з'являється перший в Росії закон про психічно хворих, що позбавляє їх права розпоряджатися спадком. Наприкінці царювання Петра I видається указ про те, що божевільних у монастиріне поміщати, а побудувати для них спеціальний будинок.

3. Вивчаючи дане питання студенти-правники повинні розуміти, аналізувати і синтезувати знання, теорії розвитку науки судової медицині і психіатрії, брати до уваги історичні надбання чи аргументовано відсіювати. Так, всесвітньо відома теорія Чезаре Ломброзо, яка була знехтувана радянськими і, відповідно українським вченими, та яка до даного часу має своїх прихильників у європейських країнах. «У всьому, що представляється дійсно новим в області

експерименту, найбільшої шкоди завдає логіка; так званий здоровий глузд - найстрашніший ворог великих істин» Ч. Ломброзо

«Він був природженим колекціонером і азартно віддавався цьому заняттю, нехтуючи, втім, систематизацією накопиченого. Куди б він не йшов, з ким би не спілкувався, в яких би наукових дискусіях ні брав участь, в містах і в селах, в тюрмах і за кордоном - усюди він збирав і вивчав те, чим не цікавилися інші, і таким чином накопичив чимало дивин , справжня цінність яких була неясна навіть йому самому; проте всі вони в його свідомості так чи інакше пов'язувалися з вже пророблену або прийдешніми дослідженнями. Йому надсилали черепа, мізки, скелети, фотографії злочинців, божевільних і епілептиків і зразки їх робіт, а також графіки і схеми, наочно представляє кримінальні розвиток Європи »[1]. Так, за описом Джини Ферреро, складалася «матеріальна основа» кримінальної антропології - науки, основоположником і головним теоретиком якої став батько Дж. Ферреро, професор судової медицини Туринського університету Чезаре Ломброзо.

Ч. Ломброзо (1835-1909) увійшов в історію насамперед як автор теорії про біологічної схильності ряду людей до скоєння злочинів. Спираючись на багатий фактичний матеріал (довгий час Ломброзо займав пост директора психіатричної клініки в Пезаро і за службовим обов'язком часто спілкувався з злочинцями, яких привозили на огляд), він одним з перших в кримінологічної практиці став застосовувати метод антропометричних вимірів: згідно Ломброзо, за зовнішнім виглядом людини - формі обличчя, розрізом очей, формі носа і інш. - З достатнім ступенем впевненості можна визначити, чи володіє ця людина злочинними нахилами. На основі виділених ознак можливо, як вважав Ломброзо, не тільки виявити «злочинний елемент» суспільства в цілому, але і розрізняти між собою типи злочинців, якось: вбивці, злодії, ґвалтівники та інші.

Ця теорія була вороже зустрінута як більшістю криміналістів, що спиралися в своїй діяльності на систему права, висхідну до античності, так і біологами і антропологами, угледів в ній замах «профана-криміналіста» на систему знань в областях науки, йому недоступних внаслідок нестачі «профільного» освіти. Особливо різкій критиці теорію Ломброзо піддали представники французької соціологічної школи (Г. Тард, Г. Лебон, С. Сигеле та ін.), Які розробили основи вчення про психології мас. Так, Г. Тард обсипав

Ломброзо докорами і насмішками - при цьому часто не приводячи доказів на підтвердження своєї точки зору. Як писала відома вітчизняна дослідниця П. Н. Тарновська: «Прекрасно володіючи даром слова, Тард настільки ж блискучий і дотепний у своїх нападках на антропометрію, на закони спадкового виродження і інш., Як і малодоказателен. Він соромлячись заперечує біологічну теорію Дарвіна взагалі, теорію спадковості зокрема, оспорює ознаки виродження, передані потомству болючим висхідним поколінням, і, піднімаючи на сміх багато даних, вироблені експериментальним шляхом, не протиставляє жодного особистого досвіду або спостереження всьому тому, що він намагається спростувати. Аргументації своєї, чисто метафізичної, він надає абсолютне значення непорушних доказів і вважає, що спритних ораторських прийомів абсолютно достатньо, щоб виголосити вирок над тими малими ще, але позитивними даними, якими володіє в даний час антропологія, досягнувши їх вельми повільно, шляхом величезних і тривалих праць багатьох дослідників »[2].

Ставлення Тарда до теоретичних побудов Ломброзо вельми показово для загального сприйняття робіт італійського вченого науковим співтовариством тієї епохи: приділяючи надмірну увагу крайнощів, в які час від часу впадав автор вчення про злочинний людині (біологічний детермінізм, вульгарний дарвінізм), спростування цих крайнощів поширювали на теорію в цілому, відмовлялися помічати в ній раціональне зерно, тобто, як кажуть, разом з водою випліскували і дитини. Проте поступово биосоциальная теорія злочинності набула популярності і досить тривалий час використовувалася в західній криміналістиці та кримінології, особливо в американській, причому, природно, переосмисляться і поглиблювалася - досить згадати роботи У. Хілі, У. Таккера або концепцію Г. Годдарда про злочинця як недоумкуватим індивіді з неблагополучної сім'ї. «Спадщиною» Ломброзо була і виникла в першій третині XX століть теорія кримінальної психодинамики, по якій злочинець у своїх діях керується виключно емоціями.

Багато в чому негативне ставлення до теорії Ломброзо пояснювалося тим, що в ній вбачали розвиток «розмірковувань» френологією і фізіономістів - представників двох напрямків, що панували в судовій медицині та психології в XVIII - першій половині XIX століття. Физиогномика стверджувала, що мотиви поведінки

людей можна встановити за рисами їхніх облич. Засновник цього напрямку І. К. лаватеру (1741-1801) вважав, що «природжених» злочинців видають бігають очі, мляві підборіддя і «зверхньо задерті» носи. Що стосується френологіей, серед яких найбільш відомі Ф. Й. Галль (1758-1828) і його учень Й. К. Шпурцхейм (1776-1832), вони виводили властивості людської особистості, її творчий потенціал і нахили з будови черепа. «Шишки» певної форми вказували на ті чи інші якості (наприклад, агресивність) і «маніфестували вищі прояви людської природи», такі як моральність і релігійність. У злочинців, як вважали адепти френології, «нижчі» якості превалювали над «вищими». Зрозуміло, в роботах Ломброзо можна виявити вплив обох напрямків, насамперед френології (на Галля, «першого справжнього криміналіста», він неодноразово прямо посилається), проте цей вплив - та сама крайність, за якою не розглянули піонерського значення праць Ломброзо, визнаних сьогодні « першими ластівками »наукової кримінології. Спираючись на теорію Ломброзо, гарвардський антрополог Е. Хутон в 1930-і роки розробив криміналістичний метод, що отримав назву методу типажу тел. Десятиліттям пізніше інший американський антрополог У. Шелдон висунув теорію соматотипов і склав на її основі так званий «індекс злочинності», що дозволяв за антропометричними ознаками судити, чи потрібне того чи іншого важкого підлітку пильну увагу правоохоронних органів; теорія Шелдона заклала криміналістичні основи профілактики злочинів.

Цікаво, що сам Ломброзо не бачив в теорії злочинного людини практичної цінності; на одному науковому диспуті він заявив: «Я працюю не заради того, щоб дати своїм дослідженням прикладне застосування в області юриспруденції; в якості вченого я служу науці тільки заради науки ». Проте запропоноване ним поняття «злочинного людини» увійшло в побут і, певною мірою, продовжує існувати донині.

Крім власне криміналістики, Ломброзо звертався і до досліджень в суміжних областях. Великий суспільний резонанс свого часу викликала публікація його роботи «Геніальність і божевілля», в якій обгрунтовувалася теорія невропатічності геніальних людей і проводилася несподівана паралель між геніальністю і порушенням психічного здоров'я індивіда. Сам автор вважав, що ця робота - ключ до розуміння «таємничої сутності генія», а також - тих релігійних маній, які протягом людської історії не раз викликали суспільні

катаклізми. Ця психопатологічна теорія геніальності, незважаючи наряд містилися в ній довільних припущень, була підхоплена згодом, насамперед, видним німецьким психіатром Е. Кречмер, який, зокрема, писав: «Якщо з конституції генія видалити психопатичне початок, він стає всього лише ординарним здатним людиною».

У першій половині XX століття антропологами були проведені дослідження серед численних племен, що населяють глухі куточках нашої планети, які жили за законами первіснообщинного ладу. Дослідження показали, що деякі члени племені були схильні до різних розладів психіки, серед яких були і депресивні розлади. На підставі цього, вчені зробили висновок, що депресією має дуже давню історію. Але, з іншого боку, результати цього дослідження не можуть служити 100% доказом того, що депресіями страждали і наші далекі предки, адже нецивілізовані люди мають набагато більшою чутливістю, і тому їх депресії можуть бути відгуком на події, які відбуваються на Землі. Тобто вони можуть страждати, тому що "відчувають" страждання Землі, що не відділяючи себе від того, що відбувається у зовнішньому світі - про це дуже точно сказав Кафка "усіма стражданнями навколо нас повинні страждати і ми. У нас різні тіла, але один розвиток, а це проводить нас через всі болі в тій чи іншій формі ".

У четвертому тисячолітті до н.е. Жерці Давнього Єгипту лікували людей, у яких спостерігалося патологічний стан туги. Жерці Стародавньої Індії вважали, що зневіру, як і інші душевні захворювання є результатом одержимості, тому спеціально навчені жерці займалися лікуванням депресії за допомогою заклинань, що виганяють злих духів.

Найраніший епізод, що описує депресію, можна знайти в Біблії. Правда в той час ще не було ні слова «депресія», ні слова «меланхолія», але була історія, що оповідає про першого царя іудеїв Саулі, який жив у 11 ст. до н.е. Це був гнівний і похмурий чоловік, погрузла в розпачі: «а від Саула відступив Дух Господній, і обурював його злий дух від Господа». Йшов час, і Саула все частіше долали приступи похмурого настрою, а світлі періоди траплялися все рідше.

Слуги сказали Саулові, що йому стане легше, якщо він почує гру лютні. Вони знаходять Давида, "вміє грати, лицар та войовничого, і розуміється на речах і видного собою". "Відрадний і краще" стає Саула, під час гри Давида, і незабаром "злий дух відступає від нього".

По суті, Саула можна назвати першим музикотерапевт, оскільки він займався лікуванням депресії за допомогою музики.

Але не подяка, а чорна заздрість до Давида народжується в серці Саула, все більше страждає його самолюбство. Адже все, що діставалося Саула великому працею, дається Давиду легко і просто. Насамперед його ранить те, що після перемоги над филистимлянами народ славить в піснях не його, а Давида: "Саул винищив тисячі, а Давид - десятки тисяч". Він журиться про втрату визнання народом і розуміє, що це плоди його справ. Він жадає визнання і обожнювання, але розуміння нездійсненності цього бажання перетворюється на сліпу лють, коли він кидає в Давида спис. Спис пролітає мимо, а Давид стає "ворогом його на все життя".

У цій біблійної історії чітко описані типові депресивні ознаки - похмуре, пригнічений настрій, агресія, страх, почуття провини. Все це все глибше і глибше вганяє Саула в депресію і врешті-решт призводить до того, що він кінчає життя самогубством, кинувшись на меч.

Багато місця Книги Псалмів говорять про те, що і Давид відчував стан глибокого зневіри. "Немає миру в костях моїх від гріхів моїх, я зовсім поник, весь день сумуючи ходжу; я знемігся й поламаний надмірно; кричу від терзань серця мого" (Пс. 37.4.7.9). "Змучився я від стогнання, щоночі обмиваю ложе моє сльозами моїми омочаю постелю мою" (Пс.6.7). «Не віддаляйся від мене, бо скорбота близько, а заступника нема!» (Пс. 21.12) та ін.

Одне з перших описів типового депресивного стану можна знайти у Гомера в "Іліаді" (7-8 ст до н.е.), коли герой Беллерофонт "по Алейский полю поневірявся колом, самотній, серце глода тугою, тікаючи слідів людини".

Великий філософ і лікар Піфагор Самоський (570-500 до н.е.) при нападах смутку чи гніву рекомендував піти від людей і вже на самоті «переварити» це почуття, домігшись заспокоєння душі. Також він вважав, що кращим засобом для лікування депресії є музика - особливо підходящими для цієї мети він вважав гімни Гесіода.

Демокріт (460-370 р до н.е) рекомендував в моменти смутку займатися спогляданням зовнішнього світу і свого власного життя. Це дозволяє позбутися від пристрастей, бо, як він вважав, саме пристрасті є причиною страждань.

Стародавні греки вважали, що всі хвороби виникають від дисбалансу чотирьох рідин в людському організмі - чорної та жовтої жовчі, слизу і крові. А пригніченість, страх, поганий настрій викликає надлишок чорної жовчі - згадка про це можна знайти у Емпедокла.

Сам термін депресія (від лат. Depressio - придушення) з'явився порівняно недавно - в XIX столітті, а широке поширення він одержав тільки в 20-30 роках XX століття. Протягом більш ніж двох тисяч років депресію називали меланхолією. Цетермін вперше був введений Гіппократ великим лікарем давнину Гіппократом (460-356 г до н.е). Меланхолія, в перекладі з грецької, дослівно означає melaina chole - чорна жовч.

Гіппократ призводить два значення слова «меланхолія». Перше - один з чотирьох темпераментів людини, меланхолійний. Гіппократ вважав, що у людей меланхолійного темпераменту в організмі переважає чорна жовч. Меланхоліки «бояться світла і уникають людей, вони сповнені всіляких небезпек, скаржаться на болі в животі, наче їх колють тисячами голок».

Друге - це меланхолія як хвороба: «Якщо почуття страху та малодушності тривають занадто довго, то це вказує на настання меланхолії ... Страх і печаль, якщо вони тривають довго і не викликані життєвими причинами, походять від чорної жовчі». Гіппократ описав симптоми, характерні для меланхолії - це "відраза до їжі, зневіра, безсоння, дратівливість і неспокій". Про те, що причину захворювання слід шукати в людському мозку, здогадувалися ще попередники Гіппократа (Піфагор і Алкмеон), але саме Гіппократ вперше записав, що «саме мозок робить нас божевільними і несамовитими, від нього все засмучення, сум, невдоволення, безсоння, помилкові дії, безцільна тривога і дивні вчинки. Від нього ми стаємо божевільними, нас охоплює тривога і страхи вночі або з настанням дня. Все це відбувається, коли мозок стає надмірно гарячий, холодний, вологе або сухе ».

Гіппократ вперше зробив спробу класифікувати різні стани меланхолії: є меланхолія, яка викликана зовнішніми подіями - сильними потрясіннями або перевтомою - "довгий працю душі може призвести до меланхолії" і меланхолія, яка виникає без видимої причини - в сучасній психіатрії називається "психогенної" і "ендогенної "депресією. Також він висловлює припущення, що деякі люди народжуються зі схильністю до меланхолії і те, що меланхолія

може виникнути в результаті сильної травми. Гіппократ пов'язував накопичення чорної жовчі з осінньо-зимовим періодом і говорив, що саме в цей період посилюється "сум, тривога, пригніченість, смуток, безсоння, відраза до їжі і схильність до самогубства." Він лікував меланхолію спеціальною дієтою, давав хворим настій мандрагори і морозника - кошти з проносним і блювотним ефектом, що на думку Гіппократа сприяло звільненню організму від чорної жовчі.

Платон (428-348 до н.е.) вперше описав не тільки стан депресії, але і манії. Він говорить про манії, як про захворювання «правильного» шаленства, що походить від муз - це дає поетичне натхнення і каже про перевагу носія цього захворювання перед звичайними людьми з їх життєвої безстрасністю.

Взагалі, чіткий поділ сучасних методів лікування депресії на медикаментозні і психотерапевтичні варто шукати в протиріччі, яке виникло між Гіппократом з одного боку і Платоном і Сократом - з іншого. Гіппократ різко виступав проти лікування депресії методами храмової медицини, називаючи жерців "шахраями і шарлатанами", а також проти філософів - "все, що написано філософами в галузі природничих наук відноситься до медицини так само, як до живопису". Сократ і Платон навпаки, вважали що теорії Гіппократа занадто Механістичність і говорили, що легкі розлади лікарі ще можуть вилікувати, але позбавлення від важких - доля філософів. Депресія (меланхолія) відноситься до важких захворювань, тому лікуванням депресії повинні займатися не лікарі, а філософи. Саме Сократ і Платон ввели в обіг поняття "его". Платон говорив про те, що події дитинства і вплив батьків визначають особистість людини і створив модель психіки складається з розуму, потяги і духу.

Гіппократ, Платон і Сократ значно визнач свій час. Минуло майже дві з половиною тисячі років, перш ніж їх теорії привели до створення сучасних засобів лікування депресії - теорія Гіппократа привела до створення антидепресантів, а теорії Платона і Сократа - до появи психотерапії.

Арістотель (384-322 до н.е.) задав цікаве питання, яка не втратила свій актуальності і більш ніж через дві тисячі років. : «Чому люди, славилися талантом у сфері філософії, або в управлінні державою, чи поетичному творчості, або в заняттях мистецтвом були меланхоліками? Деякі з них страждали розлиттям чорної жовчі, як серед героїв - Геракл. Саме він, як вважали, був такий меланхолійною

природи, а стародавні по його імені, називали священну хвороба Геракловой. Безсумнівно, і багато інших героїв, як відомо, страждали тією ж хворобою ... А в пізніший час також Емпедокл, Сократ і Платон і багато інших чудових мужі »(Проблеми XXX, I). Аристотель спробував об'єднати крайні погляди філософії та медицини: "Тілесне розлад вражає душу, а хвороби душі виходять від тіла". Ну, а про відносини з депресією, який складалися у великих світу цього в можете прочитати в розділі «Великі депресії або великі в депресіях».

Найбільш близько підійшов до сутності депресії у своїх «Бесідах про Тускулапах» Марк Тулій Цицерон (106-43 до н.е.) - римський оратор, політик і письменник. У цих рядках, написаних більше двох тисяч років тому, настільки точно і ясно описується стан депресії, що багато дослідників вважають, що це міг зробити людина, яка сам пережив напад важкої депресії. Цицерон писав, що «страх і скорбота виникають від думок про зло. Саме страх є думка про велике зло майбутньому, а туга - про великого зло вже доконаний, і до того ж недавньому, від якого природно постає така туга, що страждаючому здається, що він страждає заслузі. Ці-то хвилювання, немов деяких фурій, напускає на наше життя неразумие людське ». Він підкреслює, що «всяке розумовий розлад є лихо, скорбота ж або печаль подібно до справжнього катуванню». Якщо страх викликає пригніченість, то скорбота криє в собі «виснаження, маразм, мука, заламання, спотворення і, нарешті, руйнування, знищення розуму». Він наводить думку грецького філософа Хрізіппіуса, називають депресію «розбещенням самої людини». Цицерон згадує, що до нього вже багато авторів писали про меланхолії, в тому числі Гомер, який говорив, що в меланхолії часто шукають усамітнення. Однак ніяких конкретних засобів для лікування депресії він не пропонував, резюмуючи, що «тіло піддається лікуванню, для душі ліків немає».

Цицерон писав, що часто власними силами неможливо вийти з глибокої депресії: «Це не в нашій владі заглушити в собі те, що уявили злом, затамувати або забути таке. Воно гризе, лякає, коле, пече, не дає дихати, а ти наказуєш забути? »Він згадує, що найкращими ліками з давніх часів є час. Разом з тим не можна покладатися тільки на час: «не усунувши її повністю не можна позбутися цього лиха». «Найважливіше потіхою - видалити від скорботного уявлення, ніби б, скорбя, він виконує справедливий і належний борг». Найкращим засобом для лікування депресії Цицерон вважав бесіди з

страждаючим, тобто він одним з перших запропонував використовувати психотерапевтичні бесіди для лікування депресії. І звичайно ж, Цицерон говорить про найголовніше, про надію, що людиною «буде витримано саме гостре страждання, якщо, хоча б здалеку, йому бачиться надія на щось добре».

Плутарх Інтересен депресивний епізод, описаний Плутархом (46-120 р.н.е). Юний царевич Антіох страждав від сильної депресії - відчуваючи важке почуття провини, він відмовляється від їжі і згасає прямо на очах. Придворний лікар Еразістат запідозрив, що причина хвороби царевича - таємна любов. Сам спосіб лікування депресії царевича був більш ніж оригінальним - лікар поклав руку на серце юнака, в той час як всі жінки, що жили в палаці, по черзі підходили до нього. Коли поріг переступила молода мачуха царевича - прекрасна Стратоніка - серце юнака забилося, він сильно затремтів, а на обличчі виступили краплі поту. Еразістат повідомляє про причину хвороби батька, і той з радістю віддає дружину і половину царства на додачу, аби позбавити сина від чорної меланхолії, яка ось-ось зведе його в могилу. Ця історія послужила темою для картин відомих італійських художників Паоло Веронезе і Берретіні.

Авл Корнелій Цельс, що жив в Римі в 1 столітті н.е. за часів Тіберія ні лікарем, але він склав нащадкам величезну енциклопедію з усіх галузей знань стародавніх римлян, з яких тільки медицина займає 8 томів. "Меланхолія визначається як безумство, яке опановує людиною на довгий час, починається майже без лихоманки, а потім дає легкі припадки останньої. Ця хвороба складається з печалі, яка мабуть заподіюється розлиттям чорної жовчі".

Римський лікар Асклепіад (128-56 до н.е.) радив лікувати депресію теплими ваннами, змочуванням голови холодною водою, проносним, масажем, помірною гімнастикою, утриманням від жирного м'яса і вина, застерігаючи залишати людину в депресії в повній самоті і, коли настануть поліпшення , радив відправитися в подорож.

Клавдій Гален (131 -200 н.е), якого вшановують не менше Гіппократа, особистий лікар Марка Аврелія, докладно описав меланхолійний маячня. Він розширив ідею Гіппократа про чотири темпераменти до дев'яти. В одному з них переважає меланхолія, але не як патологія, а як щось природне: "Є люди від природи неспокійні, пригнічені, страждаючі, постійно сумні, яким лікар корисний мало". Він вважав, що чорна жовч надходить у мозок і висушує його і "як

темрява проникає в душу. Так само як діти бояться темряви, дорослих під впливом чорної жовчі долають різні страхи - в мозку у них нескінченна ніч і страх. Ось чому меланхоліки бояться смерті і в той же час бажають її. Вони тікають від світла і прагнуть до пітьмі. " Не останню роль в причинах меланхолії Гален відводив пригніченою сексуальності, оскільки в мозок проникають шкідливі пари від стримуваної статевої рідини. Так одну свою пацієнтку, яка страждає меланхолією, він лікував "стимуляцією піхви і клітора, від чого пацієнтка отримала величезне задоволення, з неї вилилося багато рідини і вона одужала"

Аретей Каппадокійський (друга половина 2 століття н.е.) у своїх трактатах погоджувався з древніми, що «чорна жовч, заливаючи діафрагму, проникаючи в шлунок, і викликаючи там тяжкість і здуття, розлад психічної діяльності, приводячи таким чином до меланхолії. Але крім цього вона може виникнути і чисто психічним шляхом: яке-небудь гнітюче уявлення, сумна думка викликають цілком аналогічне розлад ». Він так і визначає меланхолію: «Пригнічений стан душі, зосередитися на будь-якої думки». Сама по собі сумна ідея може виникнути без зовнішніх причин, але може бути наслідком якої-небудь події. На його думку, тривала, затяжна меланхолія призводить до байдужості, повного отупіння людини, яка втрачає здатність правильно оцінювати обстановку.

Погляди середніх віків цілком і повністю визначає християнство. Августин (354 - 453 р) вважав, що розум відрізняє людину від тварини, тому втрата розуму скидає його до тваринного стану і веде до відпадання від Бога. З цього часу відчай меланхоліків визначається як стан, який не перейнято милістю і благодаттю божою, а опис Навуходоносора в книзі Даниїла нерідко наводиться як доказ, що психічні захворювання - є кара Божа.

У Енагрія Понтіака (346-399 р) і Іоанна Касіяна (360-435 р) описана чиста, безпричинна меланхолія пустельників, селівшіхся у безлюдних місцях. Оскільки меланхолія досягає свого піку саме опівдні вона була названа «бісом полуденним». Основним симптомом цього стану була acedia (млявість, лінь). Саме це слово в середні століття стало синонімом слова «меланхолія». Чернець, що знаходиться у владі acedia, відчуває непереборне бажання покинути келію і шукати зцілення десь в іншому місці. Він несамовито озирається, сподіваючись побачити кого-небудь, хто йде його провідати. У своєму

тоскному неспокої він знаходиться під загрозою впасти в стані апатії або, навпаки, пуститися в несамовите втечу. Acedia, що була для пустельників "повальної напастю, яка наводить порчу опівдні", зазвичай пов'язувалася з "бісом полуденним з 90 псалма. Вона паралізувала здатність до концентрації уваги і молитві. Енагрій Понтіак говорив своїм побратимам, що не слід піддаватися меланхолії і покидати свої місця . Касіян вважав, що меланхоліка випливало лікувати фізичною працею, і вся інша братія повинна була відвернутися від нього, щоб не підпадати під вплив "біса полуденного".

Церква називала дев`ять (а пізніше - сім) смертних гріхів. Серед них була і asedia, яка з 13 століття все більше тлумачилась як "неробство". У Середньовіччі античне "в здоровому тілі здоровий дух" було надано забуттю, а Праці Фоми Аквінського (1225-1274), згідно з якими тілесний недуга не має ніякого впливу на душу, всяка хвороба є хворобою тіла або душі (а меланхолія була названа хворобою душі) , сприяли ще більшому відділенню душі від тіла. Оскільки душа схильна до впливу Бога або Сатани, неважко здогадатися в більш ніж однозначних висновках середньовічної Церкви. Настали часи інквізиції, і одному Богу відомо скільки меланхоліків згоріло на її вогнищах. Церква середньовіччя вважала, що якщо людина, віддалений од божої благодаті (а то що, це відбувається при меланхолії, сумнівів не викликало), може викликати спокуса у інших, і тому його слід видалити зі спільноти віруючих. Спочатку це було відлучення від церкви, а пізніше - штраф, тюремне ув'язнення, а якщо це не допомагало, то його просто спалювали на вогнищі. І це допомагало.

Авіценна, Велікій лікар Сходу (980-1037 р) писав, що «меланхолія - є ухилення думок від природного шляху убік розлади, страху і псування. Меланхолія визначається за надмірної задумі, постійному марі, погляду, незмінно спрямованому на що-небудь одне або в землю ». На це також вказує «сумний вираз обличчя, безсоння і задума».

У 11 столітті Костянтин Африканський написав трактат «Про меланхолії», в якому зібрав дані з арабських і римських джерел. Він визначає меланхолію як стан, при якому людина вірить у наступ лише несприятливих подій. Причина хвороби в тому, що пари чорної жовчі піднімаються до мозку, затемнюючи свідомість. Така схильність

формується не у всіх, а лише в тих, хто має до захворювання особливу схильність.

Для середньовіччя характерно те, що всі переживання підрозділяються на пороки й чесноти. Латинське слово desperatio (відчай) позначало не просто душевний стан, а порок, гріховне сумнів в божому милосерді. Те ж саме з відбувалося з вищезгаданої acedia, означавшую апатію, духовну лінощі, неробство. Нерідко замість acedia вживали слово tristitia (печаль). У XIII в. стан acedia стали асоціювати з фізичним розлиттям жовчі - поступово слово acedia витіснило гіпократівського меланхолію і стало вживатися у значенні "туга".

Нові часи змінили не лише ставлення до меланхолії, але й етимологію. Так у французькому меланхолію все частіше стали називати словом ennui. Спочатку воно було одним з похідних слова acedia, але в часи Паскаля непостійність, тугу і тривогу почали вважати нормальними, хоч і болісними, станами людини. У XVII столітті словом ennui позначається дуже широке коло переживань: тривога, пригніченість, сум, туга, нудьга, втома, розчарування. У XVIII столітті в англійському словнику емоцій з'являються слова bore, boredom (туга, нудьга) і spleen (сплін). Змінюються часи, змінюються звичаї, - сумувати і нудьгувати стає звично і навіть модно. Романтики початку XIX ст. вже немислимі без відчуття "світової скорботи". Те, що колись було смертним гріхом, гідним осуду, перетворилося, як зауважив О. Хакслі, спочатку в хворобу, а потім у витончену ліричну емоцію, що стала джерелом натхнення для авторів більшості творів сучасної літератури.

Мислителі епохи Відродження почали звільняти меланхолію від важких середньовічних оков гріха, і в деякому роді це процес триває досі. Першою ластівкою, був відомий італійський філософ і філолог Марсіліо Фічіно (1433-1499) писав, що меланхолія є туга по великому і вічного. Він повертається до арістотелівського розуміння меланхолії і каже, що люди творчості відчувають тугу більш гостро і завдяки цьому можуть глибоко і точно відчувати природу речей. Печаль віддаляє душу від світу і тим самим наближає її до Бога. Фічино сам страждав від важких нападів меланхолії, під час яких впадав у такий розпач, що його друзям доводилося приводити йому його ж власні доводи. Він також боровся з хворобою за допомогою спеціальної дієти, фізичних вправ і музики.

До північної Європи ідеї італійського Відродження доходили повільно, і там як раніше вважали, що "меланхолія настає від впливу ангелів зла і зносини з ними", але в той же час визнавали, що сам меланхолік не обов'язково в цьому винен. Голландський судовий лікар Ян Вієр врятував від багаття кілька "відьом", довівши інквізиції, що у жінок в наявності всі ознаки меланхолії. У 1584 року Ретженальд Скотт випустіл книгу про чаклунство, де говорив, що меланхолія не завжди є наслідком одержимості, а може бути і захворюванням. В Англії книга користувалася великою популярністю, поки король Яків не наказав конфіскувати і спалити всі її екземпляри.

Жан Франсуа Фернель (1497-1558 р) - лікар епохи Відродження називав меланхолію "безгарячкового божевіллям, яке настає в результаті виснаження мозку, ослабленні його основних здібностей". Меланхолія - це стан, коли «хворі мислять, говорять і надходять абсурдно, їм надовго відмовляє розум і логіка, що протікає зі страхом і смутком». «Початківці» меланхоліки мляві, пригнічені, «душею слабкі, до себе байдужі, життя вважають тяготою і лякають відходом з неї». Коли хвороба розвивається, то «душею і розумом, засмученим і безладним, вони уявляють багато, і це майже все похмуре, інші вважають, що їм не слід ні з ким говорити, і вони повинні провести все життя в мовчанні. Товариства та уваги людей вони уникають, багато хто шукає самотності, що жене їх поневірятися серед могил, гробниць, в дикі печери ».

Т. Брайт (1550-1615 р) - перший англійський протопсіхіатр випустив в 1586 році першу в Англії книгу з психіатрії. Це книга, що складається з 41 глав, цілком присвячена меланхолії, називалася «Трактат про меланхолії». Брайт був знайомий з Шекспіром, і провівши численні паралелі між творчістю великого драматурга і «Трактатом про меланхолії», можна зробити висновок, що Шекспір був добре знайомий з цією працею.

У 1599 році вийшов "Трактат про меланхолійні хворобах" Андреаса де Лоуренса. Лоуренс вважає, що меланхолія викликана не "тілесним ладом", а в першу чергу "способом життя і пристрастями" і намагається визначити межі того, що можна назвати хворобою, розрізняючи "меланхолійний склад у кордонах здоров'я" і "склад, за ці межі виходить" . Лоуренс поділяв людське "я" на три частини: розум, уява і пам'ять, а називає меланхолія хворобою уяви. Ідея Лоуренса про те, що очі людини закочуються назад і дивляться на свій мозок, а

оскільки мозок меланхоліка просякнутий чорною жовчю, то меланхоліки бачать все в чорному світлі здається на перший погляд абсурдною. Але тільки на перший - адже те, що ми бачимо - це оптична проекція світу на сітківку ока, яка потім перетвориться в електричні імпульси, які надходять по сенсорних каналах в мозок і піддається там остаточній обробці. Депресія змінює нормальний перебіг хімічних процесів в мозку людини, і в результаті він дійсно бачить світ у чорному світлі.

З початку 17 століття меланхолійний темперамент стає надзвичайно популярним в Європі, а в Італії слова меланхолія і геній практично стають синонімами. Меланхолію пов'язують з чим то витонченим, піднесеним, аристократичним. Так у п'єсі середини XVII століття похмурий цирульник скаржиться на меланхолію і чує у відповідь: "Меланхолія? Отакої, чути це слово від цирульника. Тобі слід говорити, що ти відчуваєш тяжкість, тупість і придуркуватість. Меланхолія - це герб на воротах царедворця".

В Англії меланхолія отримала назву "єлизаветинської хвороби". Починаючи зі знаменитого трактату Роберта Бертона "Анатомія меланхолії" (1621), якому він присвятив все своє життя, опис меланхолії як душевної хвороби доповнюється соціально-психологічної трактуванням підкреслюючої значення таких факторів, як самотність, страх, бідність, нерозділене кохання, надмірна релігійність і т.д. Небезінтересні слова Бертона: "Я пишу про меланхолії, щоб уникнути меланхолії. У меланхолії немає більшої причини, ніж неробство, і немає кращого засобу проти неї, ніж зайнятість". Бертон говорить про те, що зараз називається "стресостійкістю" - "що для одного - блошиний укус, для іншого - нестерпний катування ... те, що один легко долає, інший же легко при цьому впадає в меланхолія". Бертон визначає меланхолію як хвороба душі і тіла.

Не останнє вплив на лікування душевних захворювань справила модель механістичного свідомості французького філософа Рене Декарта. (1596-1650). Декарт повністю поділяє душу і тіло, але на відміну від Церкви, використовує для цього сухий і елегантний мову логіки. Ці ідеї набули поширення в теоріях Ніколаса Робінсона, Германа Бургава та багатьох інших, що створили різні механістичні моделі людської психіки. Цей процес продовжується до цих пір, а витоки сучасних нескінченних наукових суперечок про те, чи

викликана депресія дисбалансом хімічних речовин або все визначає людська психіка в деякому роді - спадщина філософії Декарта.

Джерела: [1]; [11]; [13]; [14].

Запитання для самоперевірки

1. В чому полягає зміст судової медицини.
2. В чому полягає зміст судової психіатрії.
3. Як розвивалась судово-медичний напрямок в зарубіжних країнах.
4. Як розвивалась судово-медична думка в Україні.
5. Як історично формувалась думка про психічні хвороби?

Тема 2. Процесуальні основи судово-медичної та психіатричної експертизи.

План

1. Судові експерти та їх участь у експертизі.
2. Судово-медична документація.
3. Види судово-психіатричних експертиз

Методичні рекомендації

1. При вивченні даної теми, студент повинен знати, що судовим експертом може бути особа, яка має необхідні знання для давання висновків з досліджуваних питань. Така особа повинна мати вищу освіту, пройти відповідну підготовку та атестацію як судовий експерт за певним фахом.

Атестація судових експертів проводиться Міністерством юстиції і МОЗ відповідно до їх функцій. Крім того, Міністерство юстиції веде список атестованих судових експертів, згідно з яким слідчі органи і суди повинні залучати їх до проведення експертизи.

Судово-медичним експертом може бути особа, яка має кваліфікацію лікаря і відповідну підготовку. Експерт входить до штату судово-медичної експертної установи і на нього поширюються особливості матеріального і соціально-побутового забезпечення, що передбачені ст.ст. 33-37 Закону України “Про державну службу”.

До участі в проведенні судово-медичної експертизи може

залучатися і професорсько-викладацький склад кафедр (курсів) судової медицини медичних вузів.

У Кримінально-процесуальному кодексі регламентована також можливість залучати до проведення експертизи лікаря будь-якого фаху, якщо він має необхідні знання (наприклад, з хірургії, кардіології, стоматології та ін.).

Лікар, що не перебуває на посаді судово-медичного експерта, але проводить експертизу за постановою слідчих органів чи судовою ухвалою, називається лікарем-експертом. Він має право відмовитись від виконання судово-медичних експертних дій, крім випадків, які за КПК зумовлюють його відвід. Це стосується випадків, коли експерт є потерпілим, позивачем у цивільних справах або відповідачем, родичем кого небудь з них, родичем слідчого, особи, яка проводила дізнання, обвинувача або звинувачуваного; якщо він особисто або його родичі зацікавлені в результатах справи; у разі службової або іншої залежності від звинувачуваного, підозрюваного, потерпілого, позивача або відповідача у цивільних справах; якщо він бере участь у відомчому розслідуванні і виступає в ньому як свідок; у разі його некомпетентності.

Лікарі як особи, які мають спеціальні знання і навички, можуть бути залучені до участі у виконанні слідчих дій — огляду, обшуку чи слідчого експерименту тощо; брати участь у зовнішньому огляді трупа, обстеженні особи, ексгумації трупа, виявленні і вилученні речових доказів біологічного походження. У разі залучення фахівця до проведення цих слідчих дій постанова не виноситься і тому фахівець не виступає в ролі судово-медичного експерта. Він лише допомагає слідчому, використовуючи свої спеціальні знання і навички, звертає його увагу на обставини, які пов’язані з виявленням і закріпленням доказів, дає пояснення з приводу спеціальних питань, які виникають під час слідства. Проте при цьому він не робить ніяких висновків.

Лікар, що брав участь у слідчих діях як фахівець, надалі може бути призначений експертом з цієї справи.

Майбутній правник повинен знати, що державним законодавством закріплено гарантії незалежності експерта і правильності його висновку. Вони забезпечуються:

- порядком його призначення;
- забороною втручання будь-кого в проведення експертизи;
- існуванням установ судової експертизи, які відокремлені від органів дізнання і попереднього слідства;
- кримінальною відповідальністю експерта за свідомо хибний (неправдивий) висновок;
- можливістю призначення повторної експертизи;
- присутністю учасників процесу під час проведення експертизи.

Студенти чітко повинні знати, що до компетенції судово-медичної експертизи належить: експертиза трупів у випадках насильної смерті і в разі підозри на насильство; експертиза потерпілих, звинувачуваних та інших осіб; експертиза речових доказів та експертиза за матеріалами кримінальних чи цивільних справ. Ці об'єкти судово-медичної експертизи можуть бути досліджені під час виконання первинної, додаткової і повторної експертизи, яка має проводитись одним експертом або комісією з кількох експертів.

Повинні розрізняти види експертиз, а саме: ***Первинна судово-медична експертиза —*** це перше дослідження об'єкта. За його результатами складається "Висновок експерта".

Якщо первинна судово-медична експертиза не дозволяє дійти чітких або повних висновків, то призначають ***додаткову судово-медичну експертизу.*** Вона може бути доручена як тому самому, так і іншому експерту.

Повторна судово-медична експертиза маже бути призначена у випадках, коли "Висновок експерта" сумнівний, розходиться з результатами попереднього слідства або необгрунтований. Проведення такої експертизи доручається іншому експерту або кільком експертам. Експерт, який проводив первинну експертизу, не може виконувати повторну експертизу або брати участь у її проведенні.

Якщо експертиза складна і потребує знань із різних медичних спеціальностей, її проводить комісія експертів, особливо у справах

щодо кримінальної відповідальності медичних працівників за професійні правопорушення; у випадках повторної експертизи за матеріалами кримінальних і цивільних справ; у разі визначення ступеня стійкої втрати працездатності; в особливо складних випадках. Після закінчення такої ***комісійної експертизи*** складається за умов одностайності загальний висновок. Якщо ж цього немає, кожний експерт складає окремий висновок.

"Висновок експерта" не є обов'язковими для органів дізнання, слідства і суду. Якщо ж виникають такі ситуації, то їх незгода з висновками експерта має бути вмотивованою.

Якщо для розв'язання питань слідства потрібні спеціальні знання з різних галузей науки і техніки, то може бути призначена комісія з відповідних фахівців. Вона проводить комплексне дослідження для розв'язання відповідних питань, і тому **така експертиза дістала назву комплексної.** Наприклад, комплексна судово-медично-автотехнічна експертиза досить часто призначається при розслідуванні справ, пов'язаних з дорожньо-транспортними пригодами.

Під час проведення експертизи має право бути присутнім слідчий. Звинувачувані та інші особи можуть бути присутніми тільки з дозволу слідчого. Щодо лікарів, то при експертизі трупа вони можуть бути присутніми з дозволу слідчого, а у разі дослідження — з дозволу завідуючого танатологічним відділом.

Під час проведення судово-медичної експертизи експерт розв'язує питання тільки медичного і біологічного характеру, в яких він повинен бути компетентним і мати достатній рівень знань. У компетенцію судово-медичного експерта не входять питання з інших (немедичних, у тому числі юридичних) галузей знань, зокрема, щодо визначення роду насильної смерті, встановлення вини, наміру або необережності. Він також не має права розв'язувати питання про визначення психічного стану потерпілого або звинувачуваного.

Судово-медичний експерт згідно повинен з'явитися за відповідним викликом слідчого чи суду, провести повне дослідження об'єкта і дати грунтовний та об'єктивний письмовий висновок з поставлених питань. При цьому він має максимально

зберегти об’єкт дослідження.

Якщо у слідчого або в особи, яка призначила експертизу, виникають будь-які питання, то експерт дає потрібні роз’яснення. У випадках наявності підстав, передбачених КПК, експерт може заявити про самовідвід. Тільки за таких умов він має право відмовитись від проведення експертизи. Якщо поважних причин для відмови від експертизи немає, то такий експерт може бути притягнутий до відповідальності згідно з чинним законодавством.

Судово-медичний експерт несе особисту відповідальність за експертизу, яку він проводить.

Згідно з КК України, експерт несе відповідальність також за свідомо хибний (неправдивий) висновок,за розголошення слідчої таємниці або даних, які стали йому відомі під час проведення експертизи, за злісне ухилення або відмову від виконання своїх обов’язків.

Для забезпечення ґрунтовної та об’єктивної експертизи судово-медичні експерти наділені значними правами. Вони мають право знати мету і завдання експертизи, ознайомлюватись із матеріалами справи, клопотати про надання їм додаткових матеріалів; вказувати на встановлені в ході експертизи факти, що мають значення, але з приводу яких не були поставлені відповідні питання; бути присутніми на допитах та інших слідчих діях; ставити питання з експертизи особам, які допитуються слідчим або в суді; клопотати про запрошення та залучення до експертизи необхідних фахівців і давати з ними спільні висновки; відмовлятися від дачі висновку з питань, які виходять за межі їхньої компетенції або коли наявних матеріалів для дачі висновку недостатньо. У такому разі експерт повинен письмово повідомити про це орган, який призначив експертизу. Крім того, експерт має право подавати скарги на дії особи, у провадженні якої перебуває справа, якщо ці дії порушують права судового експерта. Якщо виконання експертизи не є службовим завданням експерта, то він має право одержувати винагороду за неї.

На судово-медичних експертів поширюються і професійні права, які передбачені “Основами законодавства України про охорону здоров’я” для медичних і фармацевтичних працівників (ст. 77) та

законом “Про державну службу”.

Судово-медичні експерти, лаборанти, молодший персонал установ судово-медичної експертизи підлягають державному обов’язковому особистому страхуванню на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини.

2. Судовим експертом може бути особа, яка має необхідні знання для давання висновків з досліджуваних питань. Така особа повинна мати вищу освіту, пройти відповідну підготовку та атестацію як судовий експерт за певним фахом.

Атестація судових експертів проводиться Міністерством юстиції і МОЗ відповідно до їх функцій. Крім того, Міністерство юстиції веде список атестованих судових експертів, згідно з яким слідчі органи і суди повинні залучати їх до проведення експертизи.

Судово-медичним експертом може бути особа, яка має кваліфікацію лікаря і відповідну підготовку. Експерт входить до штату судово-медичної експертної установи і на нього поширюються особливості матеріального і соціально-побутового забезпечення, що передбачені ст.ст. 33-37 Закону України “Про державну службу”.

До участі в проведенні судово-медичної експертизи може залучатися і професорсько-викладацький склад кафедр (курсів) судової медицини медичних вузів.

У Кримінально-процесуальному кодексі регламентована також можливість залучати до проведення експертизи лікаря будь-якого фаху, якщо він має необхідні знання (наприклад, з хірургії, кардіології, стоматології та ін.).

Лікар, що не перебуває на посаді судово-медичного експерта, але проводить експертизу за постановою слідчих органів чи судовою ухвалою, називається лікарем-експертом. Він має право відмовитись від виконання судово-медичних експертних дій, крім випадків, які за КПК зумовлюють його відвід. Це стосується випадків, коли експерт є потерпілим, позивачем у цивільних справах або відповідачем, родичем кого небудь з них, родичем слідчого, особи, яка проводила дізнання, обвинувача або звинувачуваного; якщо він особисто або його родичі зацікавлені в результатах справи; у разі службової або іншої залежності від звинувачуваного, підозрюваного, потерпілого, позивача або

відповідача у цивільних справах; якщо він бере участь у відомчому розслідуванні і виступає в ньому як свідок; у разі його некомпетентності.

Лікарі як особи, які мають спеціальні знання і навички, можуть бути залучені до участі у виконанні слідчих дій — огляду, обшуку чи слідчого експерименту тощо; брати участь у зовнішньому огляді трупа, обстеженні особи, ексгумації трупа, виявленні і вилученні речових доказів біологічного походження. У разі залучення фахівця до проведення цих слідчих дій постанова не виноситься і тому фахівець не виступає в ролі судово-медичного експерта. Він лише допомагає слідчому, використовуючи свої спеціальні знання і навички, звертає його увагу на обставини, які пов'язані з виявленням і закріпленням доказів, дає пояснення з приводу спеціальних питань, які виникають під час слідства. Проте при цьому він не робить ніяких висновків.

Лікар, що брав участь у слідчих діях як фахівець, надалі може бути призначений експертом з цієї справи.

Державним законодавством закріплено гарантії незалежності експерта і правильності його висновку. Вони забезпечуються:

- порядком його призначення;
- забороною втручання будь-кого в проведення експертизи;
- існуванням установ судової експертизи, які відокремлені від органів дізнання і попереднього слідства;
- кримінальною відповідальністю експерта за свідомо хибний (неправдивий) висновок;
- можливістю призначення повторної експертизи;
- присутністю учасників процесу під час проведення експертизи.

До компетенції судово-медичної експертизи належить: експертиза трупів у випадках насильної смерті і в разі підозри на насильство; експертиза потерпілих, звинувачуваних та інших осіб; експертиза речових доказів та експертиза за матеріалами кримінальних чи цивільних справ. Ці об'єкти судово-медичної експертизи можуть бути досліджені під час виконання первинної, додаткової і повторної експертизи, яка має проводитись одним

експертом або комісією з кількох експертів.

Первинна судово-медична експертиза — це перше дослідження об'єкта. За його результатами складається "Висновок експерта".

Якщо первинна судово-медична експертиза не дозволяє дійти чітких або повних висновків, то призначають ***додаткову судово-медичну експертизу.*** Вона може бути доручена як тому самому, так і іншому експерту.

Повторна судово-медична експертиза маже бути призначена у випадках, коли "Висновок експерта" сумнівний, розходиться з результатами попереднього слідства або необгрунтований. Проведення такої експертизи доручається іншому експерту або кільком експертам. Експерт, який проводив первинну експертизу, не може виконувати повторну експертизу або брати участь у її проведенні.

Якщо експертиза складна і потребує знань із різних медичних спеціальностей, її проводить комісія експертів, особливо у справах щодо кримінальної відповідальності медичних працівників за професійні правопорушення; у випадках повторної експертизи за матеріалами кримінальних і цивільних справ; у разі визначення ступеня стійкої втрати працездатності; в особливо складних випадках. Після закінчення такої ***комісійної експертизи*** складається за умов одностайності загальний висновок. Якщо ж цього немає, кожний експерт складає окремий висновок.

"Висновок експерта" не є обов'язковими для органів дізнання, слідства і суду. Якщо ж виникають такі ситуації, то їх незгода з висновками експерта має бути вмотивованою.

Якщо для розв'язання питань слідства потрібні спеціальні знання з різних галузей науки і техніки, то може бути призначена комісія з відповідних фахівців. Вона проводить комплексне дослідження для розв'язання відповідних питань, і тому **така експертиза дістала назву комплексної.** Наприклад, комплексна судово-медично-автотехнічна експертиза досить часто призначається при розслідуванні справ, пов'язаних з дорожно-транспортними пригодами.

Під час проведення експертизи має право бути присутнім

слідчий. Звинувачувані та інші особи можуть бути присутніми тільки з дозволу слідчого. Щодо лікарів, то при експертизі трупа вони можуть бути присутніми з дозволу слідчого, а у разі дослідження — з дозволу завідуючого танатологічним відділом.

Під час проведення судово-медичної експертизи експерт розв'язує питання тільки медичного і біологічного характеру, в яких він повинен бути компетентним і мати достатній рівень знань. У компетенцію судово-медичного експерта не входять питання з інших (немедичних, у тому числі юридичних) галузей знань, зокрема, щодо визначення роду насильної смерті, встановлення вини, наміру або необережності. Він також не має права розв'язувати питання про визначення психічного стану потерпілого або звинувачуваного.

Судово-медичний експерт згідно зі ст. 77 КПК України повинен з'явитися за відповідним викликом слідчого чи суду, провести повне дослідження об'єкта і дати грунтовний та об'єктивний письмовий висновок з поставлених питань. При цьому він має максимально зберегти об'єкт дослідження.

Якщо у слідчого або в особи, яка призначила експертизу, виникають будь-які питання, то експерт дає потрібні роз'яснення. У випадках наявності підстав, передбачених КПК, експерт може заявити про самовідвід. Тільки за таких умов він має право відмовитись від проведення експертизи. Якщо поважних причин для відмови від експертизи немає, то такий експерт може бути притягнутий до відповідальності згідно з чинним законодавством.

Судово-медичний експерт несе особисту відповідальність за експертизу, яку він проводить.

Згідно з КК України, експерт несе відповідальність також за свідомо хибний (неправдивий) висновок (ст. 178), за розголошення слідчої таємниці або даних, які стали йому відомі під час проведення експертизи (ст. 181), за злісне ухилення або відмову від виконання своїх обов'язків (ст. 179).

Для забезпечення ґрунтовної та об'єктивної експертизи судово-медичні експерти наділені значними правами. Вони мають право знати мету і завдання експертизи, ознайомлюватись із матеріалами справи, клопотати про надання їм додаткових матеріалів; вказувати

на встановлені в ході експертизи факти, що мають значення, але з приводу яких не були поставлені відповідні питання; бути присутніми на допитах та інших слідчих діях; ставити питання з експертизи особам, які допитуються слідчим або в суді; клопотати про запрошення та залучення до експертизи необхідних фахівців і давати з ними спільні висновки; відмовлятися від дачі висновку з питань, які виходять за межі їхньої компетенції або коли наявних матеріалів для дачі висновку недостатньо. У такому разі експерт повинен письмово повідомити про це орган, який призначив експертизу. Крім того, експерт має право подавати скарги на дії особи, у провадженні якої перебуває справа, якщо ці дії порушують права судового експерта. Якщо виконання експертизи не є службовим завданням експерта, то він має право одержувати винагороду за неї.

На судово-медичних експертів поширюються і професійні права, які передбачені "Основами законодавства України про охорону здоров'я" для медичних і фармацевтичних працівників (ст. 77) та законом "Про державну службу".

Судово-медичні експерти, лаборанти, молодший персонал установ судово-медичної експертизи підлягають державному обов'язковому особистому страхуванню на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини.

3.Перш ніж говорити про підрозділ судово-психіатричних експертиз на самостійні види, тобто про їхню класифікацію, варто сказати про місце, що вони займають у загальній судово-експертній системі. У теорії судових експертиз всі судові експертизи підрозділяються на класи, пологи, види й різновиди.

Судово-психіатричні експертизи становлять самостійний рід судових експертиз, включений у клас судово-медичних і психофізіологічних експертиз поряд із судово-медичною й судово-психологічною експертизами. Так що на судово-психіатричні експертизи поширюються класифікації, загальні для всіх судових експертиз. Назвемо найбільш важливі з них.

а) Експертизи основна й додаткова.

Основний є експертиза, призначена для рішення поставлених

перед експертами питань. Додаткової стосовно неї з'явиться нова експертиза, призначена у зв'язку з неповнотою або недостатньою ясністю колишнього (основного) експертного висновку, але при відсутності сумнівів у вірогідності його висновків. Додаткова експертиза проводиться лише тоді, коли неповноту або недостатню ясність основного експертного висновку не можна усунути за допомогою допиту експерта й останньому потрібні додаткові дослідження.

Додаткову експертизу можна доручити як експертам, що проводили попередню (основну) експертизу, так і іншим експертам.

б) Експертизи первинна й повторна.

Первинна експертиза проводиться вперше в справі відносно даної особи. Повторна експертиза проводиться вдруге відносно даної особи при наявності сумнівів в обґрунтованості або правильності висновків первинної експертизи (ч. 2 ст. 81 УПК). Цивільний процесуальний кодекс формулює підстави повторної експертизи як «незгода з висновком експерта по мотиві необґрунтованості, а також у випадку протиріч між висновками декількох експертів» (ч. 2 ст. 181 ЦПК). Однак в останньому випадку підставою для повторної експертизи виступає не сам по собі факт наявності протиріч, а те, що ці протиріччя породили в суду сумніву в правильності експертних висновків. Оцінюючи суперечливі експертні висновки, суд вправі визнати достовірними одні з них і відкинути інші й без призначення повторної експертизи. Отже, повторна експертиза призначається лише за умови, що без нової експертизи протиріччя усунути неможливо, і це породжує сумніву в правильності всіх експертних висновків. Тому підстави для повторної експертизи в карному й цивільному судочинстві можна вважати по суті однаковими.

У справі може бути призначено кілька повторних експертиз, які один по одному їхнього призначення йменуються другий, третьої, четвертої й т.д.

Виробництво повторної експертизи поручається тільки іншим експертам. Сумніву в обґрунтованості або правильності висновку первинної експертизи приводять слідчого (суд) до висновку, що експерт або експерти, що проводили експертизу, не впоралися зі

своїм експертним завданням. Звідси зрозуміло, що доручення тим же експертам повторної експертизи явно недоцільно.

Не кожна нова судово-психіатрична експертиза даної особи обов'язково ставиться до додатковій або повторній.

Так, стаціонарна експертиза, призначувана у випадках, коли в амбулаторних умовах поставлені питання не були вирішені, стосовно амбулаторної експертизи не є ні додаткової, ні повторної. Обов'язковою умовою додаткової й повторної експертизи виступає наявність експертного висновку, що містить відповіді на поставлені питання (хоча б на частину з них), як результату попередніх експертних досліджень. Однак цей колишній висновок і його висновки не задовольняють орган, що призначив експертизу, або з погляду ясності й повноти, або з погляду вірогідності. Якщо ж члени амбулаторної експертної комісії прийшли до висновку, що амбулаторно вирішити експертні питання неможливо й потрібне стаціонарне обстеження випробуваного, то по суті немає й самого експертного висновку. Експерти амбулаторної комісії фактично становлять письмовий документ про неможливість дати висновок, хоча й оформляють його традиційним для судово-психіатричної практики актом судово-психіатричної експертизи. Дана обставина не завжди враховується на практиці, що приведе до термінологічної плутанини й неправильним по істоті процесуальним рішенням.

Судово-психіатрична експертиза в суді не може розглядатися в якості додаткової або повторної стосовно експертизи тої ж особи на попередньому слідстві, навіть якщо вона призначена судом за мотивами неповноти, неясності, необґрунтованості або сумнівів у правильності колишніх експертних висновків. Справа в тому, що судовий розгляд, будучи самостійною стадією карного процесу, являє собою й нове самостійне дослідження всіх доказів. Воно проводиться в специфічних умовах судового розгляду, відмінних від умов доведення на попередньому слідстві. Тут усе досліджується як би заново, а не на додаток до вже дослідженого.

Разом з тим у розглянутому випадку варто звертати увагу на підстави, по яких суд призначає нову експертизу. Якщо вона призначена за мотивами неповноти або недостатньої ясності, то її можна доручити як тим же, так і іншим експертам. Якщо ж підставами її призначення є сумніви в обґрунтованості або

правильності попередніх експертних висновків, то її варто доручати тільки іншим експертам. Логіка такого підходу аналогічна тому, що знайшла відбиття в законі стосовно до додаткових і повторних експертиз.

в) Одноособова й комісійна експертизи.

Дана класифікація будується залежно від числа провідне експертне дослідження експертів. Одноособова експертиза проводиться одним експертом, а комісійна - декількома (двома й більше) експертами (комісією експертів).

Відповідно до Інструкції про виробництво судово-психіатричної експертизи в СРСР від 27.10.70, амбулаторні й стаціонарні судово-психіатричні експертизи проводяться комісіями, що складаються не менш чим із трьох експертів-психіатрів. Правда, щодо амбулаторної експертизи є застереження (примітка до п. 18 Інструкції): «У тих місцевостях, де комісія в складі трьох психіатрів не може бути створена, допускається комісія в складі двох психіатрів, а у виняткових випадках амбулаторна експертиза може провадитися одним лікарем-психіатром». Для стаціонарної експертизи подібного застереження немає. Отже, всі стаціонарні експертизи повинні бути комісійними. Судово-психіатричні експертизи в кабінеті слідчого й у залі судового засідання можуть провадитися як одноосібно, так і комісійно (п. 25 і 26 Інструкції від 27.10.70). Звичайно це одноособові експертизи. Наприклад, у судове засідання викликається, як правило, один зі членів комісії, що дала експертний висновок у медичній установі.

г) Експертизи однорідні й комплексні.

Однорідні експертизи проводяться представниками однієї галузі науки, а комплексні - експертами, які є фахівцями різних галузей наукового знання. Судові психіатри звичайно проводять комплексні експертизи разом із судовими психологами, судовими медиками, судовими сексологами.

Нарешті, у кримінальному процесі по його стадіях і по органі, що призначив експертизу, можна виділити: експертизи на попередій слідстві й експертизи в стадії судового розгляду; експертизи, призначені особою, що провадить дізнання, слідчим, прокурором, судом, суддею одноосібно. У зв'язку із цим варто звернути увагу на неповний збіг понять «експертиза, призначена

судом» і «експертиза, проведена в суді». Призначена судом експертиза може бути проведена як у суді (у залі судового засідання або в іншому приміщенні суду), так і в медичній установі. В останньому випадку саме проведення експертизи (експертних досліджень) нічим не відрізняється від експертиз, доручених експертам медичної установи слідчим, хоча порядок призначення експертизи слідчим і судом різний. Дана обставина значима в тім відношенні, що для судових психіатрів «експертиза в суді» є експертиза, судом призначена й у суді проведена, тоді як ст. 288 УПК (виробництво експертизи в суді), на яку при цьому звичайно посилаються, має скоріше більше широке втримування. Вона стосується насамперед особливого порядку призначення експертизи в залі судового засідання. Самі ж експертні дослідження можуть проводитися й поза судом (у медичній установі).

У цивільному процесі судово-психіатрична експертиза призначається тільки судом (суддею).

Судово-психіатричні експертизи мають і свої специфічні класифікації. Найбільш відома з них складається в поділі цих експертиз на амбулаторні, стаціонарні, у кабінеті слідчого, у суді, заочні й посмертні. Дана класифікація втримується в підручниках і по судовій психіатрії, а також у діючій Інструкції про проведення судово-психіатричної експертизи. Остання обставина надає наведеній класифікації офіційний і як би юридично обов'язковий характер. Практично вона досить зручна, а давня традиція використання зробила її недоліки майже непомітними.

Тим часом розглянута класифікація еклектична. У ній відсутній єдина ознака, по якому вона побудована. Мова йде по суті про декілька класифікацій, побудованих по різних підставах і злитих потім у подобу єдиної класифікації.

Членування судово-психіатричних експертиз щораз по одній підставі (одному з можливих ознак) дає наступний результат.

По місцю проведення експертних досліджень судово-психіатричні експертизи можна підрозділити на проведені в медичній установі й поза ним.

Розподіл експертиз на амбулаторні і стаціонарні стосуються, у першу чергу, експертиз, проведених у медичних установах, хоча

тут можливі виключення, про які буде сказано нижче

Основна характерна риса амбулаторної судово-психіатричної експертизи укладається в однократному характері психіатричного огляду випробуваного* без його тривалого експертного медичного спостереження. Однократність, нетривалість амбулаторного огляду служить часом приводом для сумнівів у надійності експертних висновків. Але ці сумніви необоснованны. Справа в тому, що навіть у день амбулаторного огляду система дослідницьких дій експертів аж ніяк не зводиться до нетривалого комісійного обстеження випробуваного. Попередньо експертами вивчені всі матеріали справи, що ставляться до предмета експертизи, включаючи медичну документацію, якщо така є. Далі, у день огляду перед засіданням комісії один з експертів (лікар-доповідач) опитує випробуваного й заносить дані психіатричного опитування в історію хвороби. Звідси вчасно властиво комісійного огляду експерти володіють уже значної по обсязі інформаційною базою, достатньої для висування основних експертних гіпотез. Після комісійного психіатричного огляду експерти радяться між собою. У ході наради експертів формулюються експертні висновки. Тому амбулаторна судово-психіатрична експертиза в цілому складається із системи різноманітних і досить тривалих дослідницьких дій. Можливості амбулаторної експертизи не настільки малі й дозволяють на багато експертних питань давати остаточна відповідь.

Судово-психіатричний експертний огляд, тобто огляд як елемент судово-психіатричної експертизи, необхідно відрізняти від огляду як слідчої дії, передбаченого кримінально-процесуальним законом. Судово-психіатричний огляд складається з експертного опитування випробуваного й спостереження за ним у ході експертних досліджень. Огляд як слідча дія укладається в огляді обвинувачуваного, підозрюваного, свідка або потерпілого для встановлення на їхньому тілі «слідів злочину або особливих прикмет». Це огляд не має відносини до судово-психіатричної експертизи.

Стаціонарна судово-психіатрична експертиза укладається в тривалому спостереженні за випробуваним в умовах психіатричного стаціонару («на лікарняному ліжку»). При

стаціонарній експертизі крім клінічних застосовуються також лабораторні методи дослідження. Строк стаціонарного обстеження не повинен перевищувати тридцяти днів. У випадку неможливості винести остаточне рішення в зазначений строк, експертна комісія виносить рішення про необхідність продовження строку обстеження. Копія рішення направляється органу, що призначив експертизу.

Експертиза в кабінеті слідчого складається в однократному психіатричному обстеженні випробуваного й (або) вивченні матеріалів справи психіатром-експертом. Експертизу в кабінеті слідчого необхідно відрізняти від консультування слідчих судовими психіатрами. Консультування - внепроцессуальное дія й на нього не поширюються законодавчі норми, що регулюють порядок виробництва судової експертизи.

Експертиза в суді (у судовому засіданні) проводиться звичайно в тих випадках, коли судово-психіатрична експертиза даної особи вже проводилася на попередій слідстві або проводилася по визначенню суду, але в медичній установі. Первинні судово-психіатричні експертизи в суді можливі, хоча на практиці зустрічаються рідко.

Нарешті, крім експертиз, проведених у медичній установі (амбулаторних і стаціонарних), у тім установі, де розташований орган, відповідальна за виробництво в справі, і де ведеться саме це виробництво (у кабінеті слідчого, у залі судового засідання), можливі також експертизи «в іншому місці».

Одним з таких місць є територія слідчого ізолятора. Положення про амбулаторну судово-психіатричну експертну комісію допускає проведення амбулаторних експертиз на території СИЗО. Такого роду експертизи по втримуванню своєї дослідницької діяльності практично не відрізняються від амбулаторних експертиз, проведених у медичній установі. Тому в самостійний вид судово-психіатричної експертизи амбулаторні експертизи в СИЗО не виділяються.

Один з можливих видів судово-психіатричних експертиз по місцю їхнього проведення - експертиза вдома у випробуваного, котрого по стані здоров'я вкрай важко, а в цей момент, бути може, і неможливо доставити в медичну установу (нетранспортабельність

випробуваного). Подібного роду експертизи одержали певне поширення в судово-психіатричній практиці по цивільних справах (про визнання громадянина недієздатним). Видимо, не виключені вони й у карному процесі, приміром, експертиза потерпілого, що перебуває в себе будинку, прикутий до постелі важкою недугою.

Розглянутий вид судово-психіатричних експертиз прямо не передбачений законом або підзаконними нормативними актами. Разом з тим він не суперечить ні однієї з юридичних норм, що регулюють порядок виробництва судових експертиз. Отже, його можна визнати припустимим, але тільки для тих випадків, коли для такої експертизи є достатні підстави.

Даючи загальну характеристику наведеній системі видів судово-психіатричних експертиз, відзначимо, що в її основі лежать дві основних ознаки - характер експертних досліджень і місце їхнього проведення. По характері досліджень вони діляться на амбулаторні (з однократністю психіатричного огляду, відсутністю лабораторних методів дослідження та ін.) і стаціонарні (тривалість медичного спостереження випробуваного на стаціонарному ліжку, можливість проведення лабораторних досліджень і ряд інших особливостей). Місце проведення експертизи або дозволяє розгорнути всі дослідницькі методики й програми амбулаторних або стаціонарних досліджень, або не дозволяє цього зробити, або, нарешті, накладає на саме експертне дослідження досить своєрідний відбиток. У найбільше «чистому» варіанті як амбулаторна, так і стаціонарна експертизи можуть бути організовані у відповідних медичних установах. Практика виробництва судово-психіатричних експертиз у приміщеннях слідчого ізолятора дає нам картину амбулаторної експертизи, що практично не відрізняється від амбулаторної експертизи в медичній установі. Експертиза в кабінеті слідчого багато в чому подібна з амбулаторною експертизою й навіть розглядається іноді як її різновид. Експертиза в суді також може нагадувати амбулаторну, якщо перебування експерта в залі судового засідання було недовгим, а огляд випробуваного - однократним. Але іноді експертові доводиться перебувати в залі судового засідання досить тривалий час. Тут тривалість експертного спостереження за поводженням випробуваного під час судового розгляду виступає як ознака, невластивого амбулаторній

експертизі.

Кожний вид експертизи повинен використатися строго по призначенню з урахуванням всіх можливостей, які він надає. Ясно, що якщо експертний випадок складний і вимагає тривалого стаціонарного спостереження, те амбулаторним обстеженням обмежитися не можна, оскільки це чревате експертною, а потім і судовою помилкою. Необґрунтоване призначення стаціонарної експертизи дає експертам зайву й непотрібну роботу, збільшує строки експертизи, а з ними й строки виробництва в справі. Утримування в психіатричному стаціонарі особи, у цьому не нужденного, слід розцінювати як серйозне порушення прав цієї особи.

По іншій ознаці провадиться розподіл судово-психіатричних експертиз на очні й заочні. Очні експертизи припускають обов'язковий психіатричний огляд випробуваного. Заочні експертизи проводяться без такого огляду й базуються тільки на вивченні матеріалів справи. Заочні експертизи, проведені відносно померлої особи, іменуються посмертними.

Заочні експертизи призначаються відносно осіб, які з тих або інших причин не можуть бути оглянуті експертами (наприклад, особа перебуває поза межами Російської Федерації). Посмертні судово-психіатричні експертизи призначаються переважно по цивільних справах (для визначення психічного стану заповідача під час складання їм заповіту). Посмертна судово-психіатрична експертиза можлива також у рамках кримінальної справи, проведеного, наприклад, з метою реабілітації померлого.

По процесуальному положенню випробуваного всі судово-психіатричні експертизи діляться в карному процесі на експертизу обвинувачуваного (підозрюваного), експертизу потерпілого й експертизу свідка, а в цивільному процесі на експертизу особи, у відношенні якого розглядається питання про його дієздатність, експертизу цивільного позивача, експертизу цивільного відповідача й експертизу свідка. Незважаючи на свою зовнішню очевидність і простоту, дана класифікація має важливе практичне значення. Частина питань, розв'язуваних психіатрами-експертами, специфічна для кожної з перерахованих процесуальних фігур. Питання про психічні розлади, що виключають осудність,

ставиться тільки до обвинувачуваного (підозрюваному), а питання про психічні розлади, що обумовлюють безпомічний стан особи - винятково до потерпілого. Слідчі (суди) не завжди візьмуть до уваги дана обставина, що приводить до грубих помилок. На практиці усе ще зустрічаються експертизи, призначувані, наприклад, у зв'язку із сумнівами в осудності потерпілого або свідка. Інша частина питань, навпроти, неспецифічна. Вплив психічних розладів на можливість дачі показань може встановлюватися стосовно до свідка, що потерпілі й навіть обвинувачуваному.

Ще однією досить розповсюдженою помилкою є неповнота сформульованого експертного завдання (що в багатьох випадках спричиняє неповноту експертного висновку). Так, потерпілий направляється на експертизу у зв'язку із сумнівами в його здатності до дачі показань, тоді як питання про його безпомічний стан залишається без відповіді. Кожна процесуальна фігура володіє як би типовим набором питань, розв'язуваних у ході виробництва судово-психіатричної експертизи. Випробуваний же направляється на експертизу завжди в строго певній процесуальній якості. Судово-психіатричному експертному дослідженню не можна піддати просто особу, громадянина. У постанові (визначенні) про призначення експертизи обов'язково повинне бути зазначене, яке процесуальне положення займає випробуваний.

Нарешті, остання із класифікацій судово-психіатричних експертиз - по предметі дослідження. Маються на увазі експертизи, призначувані при рішенні питання про осудність-неосудність, безпомічний стан, здатність до дачі показань ти інші.

Узагальнюючи сказане про види судово-психіатричних експертиз, можна сформулювати наступні висновки.

На судово-психіатричні експертизи поширюються класифікації, загальні для судових експертиз всіх класів, пологів, видів і різновидів, - основна й додаткова, первинна й повторна, одноособова й комісійна та ін.

Судово-психіатричні експертизи підрозділяються на види також у відповідності зі своєю специфічною класифікацією, закріпленої у відомчих нормативних актах по організації й виробництву названих експертиз: амбулаторна, стаціонарна, у кабінеті слідчого,

у суді, заочна, посмертна. Поглиблений аналіз класифікації показує, що вона являє собою синтез декількох самостійних класифікацій.

Працівникам правоохоронних органів важливо вміти розрізняти експертизи різних видів, а також знати можливості, якими розташовує кожний з них. Це дозволить при виробництві по конкретній справі правильно вибрати вид експертизи, що забезпечує повноту й об'єктивність експертних досліджень і надійність експертних висновків.

Джерела: [1]; [11]; [6]; [5]; [3].

Запитання для самоперевірки

1. Роль і місце судово-медичної та судово-психіатричної експертизи в діяльності органів правосуддя та охорони здоров'я.
2. Види судово-медичних експертиз.
3. Види судово-психіатричних експертиз.
4. Документальне закріплення результатів експертизи.
5. Державне гарантування незалежності експертиз.
6. Права і обов'язки експертів.

Тема 3. Судово-медична травматологія. Експертиза при дії високої та низької температури, електротравмі, баротравмі, іонізуючого випромінювання.

План

1. Пошкодження гострими предметами.
2. При чини смерті при механічній травмі.
3. Місцева дія низьких температур.

Методичні рекомендації

1. Вивчаючи дане питання, студенти повинні чітко усвідомлювати, що *гострими, називають предмети, що мають гострий кінець, гострий край (лезо) або їх комбінацію.*

Залежно від призначення або способу нанесення пошкоджень всі гострі предмети поділяють на:

1) ріжучі (бритва, столовий ніж);
2) рублячі (сокира, шабля, тесак);
3) колючі (шило, голка, цвях);
4) колючо-ріжучі (кинджал, фінський ніж, складаний ніж, ножиці);
5) пиляльні;
6) довбаючі (долото, стамеска);
7) свердлячі (свердло).

Гострі предмети можуть спричинити подряпини та рани: різані, рубані, колоті і колото-різані.

Різані рани *утворюються внаслідок тиснення леза з одночасним рухом предмета по поверхні тіла.* Найчастіше різані рани мають веретеноподібну лінійну форму, рівні, гладенькі, нездерті, майже без синюшності краї і гострі кути. Довжина рани найчастіше більша, ніж глибина і ширина. Один з кінців переходить у насічку чи надріз (подряпину) внаслідок витягнення гострого предмета з рани. Краї рани часто зіяють. Ступінь зіяння залежить від того, пройшов розріз уздовж чи впоперек м'язів та еластичних волокон шкіри. Щоб визначити справжню форму рани, потрібно звести її краї. Глибина залежить від сили натискання ріжучого предмета, гостроти леза і щільності тканин. Від дії ріжучого предмета під гострим кутом утворюються клаптеподібні рани.

Якщо рана розташована в місці, де є опукла поверхня, вона має дугоподібну форму.

У разі локалізації розрізу в складках шкіри форма рани при розправлянні шкіри зигзагоподібна.

Якщо лезо ріжучого предмета тупе або з зазублинами, то краї рани можуть бути нерівні, з дрібними клаптиками.

Різані рани можуть наноситися сторонньою або власною рукою. При з'ясуванні походження рани важливу роль відіграють її локалізація та особливості.

Різані рани, заподіяні власною рукою, як правило, розташовуються в легкодоступних місцях, де близько є великі кровоносні судини в ділянці шиї, ліктьового та променезап'ясткового суглобів ліворуч, оскільки більшість людей

— правші.

Для різаної рани шиї, що заподіяна з метою самогубства, характерна локалізація на передньобічній поверхні ліворуч. Вона має скісний напрям, іде зверху вниз праворуч, порівняно неглибока. Якщо є кілька ран, вони розташовується паралельно одна одній (рис. 27).

Уздовж країв таких ран і біля кутів, особливо нижнього, спостерігаються множинні надрізи і подряпини, що є важливою ознакою заподіяння їх власною рукою. Крім того, в цих випадках звертають увагу на розстебнутий і загорнутий усередину комір сорочки, щоб не заважав, на потьоки крові у вертикальному напрямі, тому що в цей момент людина часто перебуває у вертикальному положенні, на відсутність слідів боротьби і самооборони, наявність біля трупа ріжучого предмета, передсмертної записки тощо.

Різані рани шиї, що нанесені сторонньою рукою (рис. 28), як правило, локалізуються на передній поверхні шиї, мають горизонтальний напрям, досить глибокі, досягають хребта з надрізом окістя хребців.

Різані рани можуть бути заподіяні в ділянці рук під час боротьби і самооборони, а також з метою самогубства або симуляції самооборони. Рани, що виникають під час боротьби і самооборони, глибокі, мають різний напрям, тому що жертва, намагаючись захиститися від нападаючого, затуляється руками, хапає ріжучий предмет.

Якщо рани заподіяні власною рукою, вони найчастіше згруповані на внутрішній поверхні променезап’ясткового суглоба або на долонній поверхні кисті, часто множинні і неглибокі, розташовуються паралельно одна одній, з поверхневими надрізами і подряпинами вздовж країв і біля кінців. Ці рани загоюються з утворенням рубців. І якщо людина залишається жити, то вони можуть вказувати на спробу самогубства або каліцтва.

Рубані рани *спричиняються лезом під час удару важким предметом, найчастіше сокирою. Характерними ознаками таких ран є їх значна величина і глибина з розсіченням прилеглої кісткової тканини.* Характер поранень залежить від гостроти леза рублячого предмета, його маси, сили нанесення ударів, а також від того, якою

частиною леза заподіяно пошкодження (рис. 29). Якщо останнє спричинене середньою частиною гострого леза сокири, то рана матиме веретеноподібну, а при зведенні країв — щілинну або лінійну форму з гострими кутами без переходу їх в насічки і надрізи. При нанесенні ударів "носком" чи "п'ятою" сокири рана має форму трикутника з одним загостреним і другим *П*-подібним кінцями. Якщо весь клин сокири занурюється в тіло, утворюються щілинні рани з двома П-подібними чи закругленими кінцями. Нерідко кінці ран мають невеликі розриви від дії ребер клина сокири. У разі дії рублячого предмета під гострим кутом до поверхні тіла виникають клаптеві рани із здиранням одного краю з боку гострого кута. Тупі сокири, колуни можуть утворювати рани, краї яких синюшні і здерті, що нагадує забиті рани.

Рубані рани, які інколи схожі на різані, відрізняються відсутністю подряпин біля кутів, а також пошкодженнями на кістках, які можуть бути у вигляді насічок (врубів), розрубів. Насічки, лінійні вруби виникають при ударах з незначною силою. Більші за силою удари спричиняють вруби та лінійно-щілиноподібні розруби кісток з рівними краями, які можуть переходити в площину розрубу, що йде через частину або всю товщу кістки. Якщо сокира проникає в порожнину черепа досить глибоко, то по краях пошкодження кістки виникають дрібні і великі осколкові переломи, а від кінців пошкодження внаслідок розтягнення кістки відходять тріщини.

Окремі нерівності, різні зазубрини, зубці на лезах рублячих предметів на поверхні розрубу залишають сліди ковзання у вигляді валиків і борозенок, що чергуються (траси), і можуть бути виявлені неозброєним оком при бічному освітленні.

Використовуючи трасологічний і профілографічний методи при вивченні цих слідів, можна визначити конкретний екземпляр травмуючого предмета.

Рубані рани голови, як правило, завдаються з метою вбивства, значно рідше — самогубства.

Рани, що заподіяні власною рукою, розташовані на невеликій площі в ділянці лоба, лобово-тім'яній, лобово-скроневій. У більшості випадків це множинні рани, паралельні одна одній, з відповідними насічками на кістках, що часто мають форму

маленьких трикутників від “носка” або “п’яти” сокири (рис. 30). Внаслідок численних ударів у кістці утворюється отвір, що проникає в порожнину черепа, через який пошкоджуються мозкові оболонки і речовина мозку на незначну глибину. Крововиливи під оболонки мозку та зовнішня кровотеча є основними причинами смерті в цих випадках.

Рани, що заподіяні з метою вбивства лезом сокири з великою силою, розташовуються в будь-якій частині голови, характеризуються розрубами кісток, переломами і тріщинами навколо них із значним руйнуванням речовини головного мозку на значній площі, крововиливами не тільки під оболонки мозку, а й у його шлуночки. У випадках вбивства можна спостерігати на кистях рук глибокі рубані рани, що розташовуються в різних напрямках (захисні рани). Вони виникають, коли жертва закриває голову руками.

Колоті рани *мають вхідний отвір, рановий канал, а іноді і вихідний отвір.*

Форма вхідного отвору залежить від форми і поперечного перерізу колючого предмета. Предмети конічні і циліндрично-конічні на шкірі утворюють вхідний щілинний отвір. Це пояснюється тим, що шкіра проколюється гострим кінцем предмета, і при просуванні його всередину розсовується. При вийманні з тіла предмета, що спричинив травму, тканини внаслідок еластичності намагаються повернутися в попереднє положення і краї рани стягуються, утворюючи щілину. Пошкодження тонкими предметами (голками, спицями) утворюють крапковий малопомітний вхідний отвір.

Ребристі колючі предмети залишають вхідний отвір, що має промені, число яких відповідає кількості ребер (граней). Тригранний предмет залишає У-подібний вхідний отвір, чотиригранний — хрестоподібний. Якщо колючий предмет має більше чотирьох ребер (граней), вхідний отвір щілиноподібний.

Характер ранового каналу колотої рани залежить від особливостей підлеглих органів і тканин. Особливо важко виявити колоте ураження в м’язах, тому що після виймання колючого предмети краї рани спадаються. Становить труднощі і визначення

форми колючих знарядь при пораненнях шлунка, кишок внаслідок змикання країв. У цих випадках колоті рани досліджують у воді, що сприяє розправленню їх країв. На паренхіматозних органах (печінка, нирки) колота рана добре помітна і форма її наближається до форми травмуючого предмета. При пошкодженнях плоских кісток форма і розміри рани часто відповідають формі і величині засобу травми, що дозволяє визначити його особливості.

Колоті рани супроводжуються пошкодженням внутрішніх органів, судин і значними внутрішніми кровотечами.

Колото-різані рани спричиняються колючо-ріжучими предметами (фінський ніж, кинджал, складений ніж, ножиці), які мають гострий кінець і одне чи два леза.

Ці рани, як і колоті, мають вхідний отвір, рановий канал і вихідний отвір, якщо рана наскрізна.

Вхідний отвір колото-різаної рани найчастіше прямолінійний або веретеноподібний, майже овальної форми, з рівними гладенькими слабосинюшними, без саден краями. Основною ознакою колото-різаної рани є превалювання її глибини над довжиною і шириною. Кінці таких ран різні залежно загострення клинка. Коли рана заподіяна ножем, клинок якого має двобічне загострення як у кинджала, то кінці з обох боків будуть гострими. Якщо рана заподіяна фінським ножем, у якого клинок з одного боку має лезо, а з другого — тупий обушок (спинку), то один кінець рани гострий, а другий тупий, закруглений або П-подібний, іноді з невеликим садном (рис. 33). У випадках, коли ширина обушка невелика, а ребра його дещо закруглені, цей кінець також здається гострим. Тільки використання безпосередньої стереомікроскопії дозволяє виявити справжню закруглену форму цього кінця. Якщо обушок клинка завширшки більш як 2 мм, то від тупого, П-подібного, кінця відходять два коротеньких надриви. Під час витягання клинка із рани від гострого кінця її може виникати під деяким кутом додатковий розріз або подовження вхідного отвору за рахунок додаткового розрізу. Визначення, який з цих розрізів є основним, а який додатковим, має велике значення, тому що довжина основного розрізу може вказувати на ширину клинка. Важливим доказом основного розрізу є визначення ознак дії

обушка.

При повному зануренні клинка в тіло можуть утворюватися здирання і навіть синці по краях і навколо рани внаслідок дії борідки обмежувача або рукоятки клинка.

Велике судово-медичне значення має дослідження ранового каналу за допомогою пошарових зрізів, що дозволяє визначити його напрям, форму клинка, його ширину і довжину. При розтині трупа обов'язково вимірюють глибину рани в пошкодженому органі, до цього додають показники товщини одягу, шкірних покровів, м'язів.

Загальносумарний показник становить приблизно довжину клинка. При колото-різаних пораненнях черевної порожнини глибина каналу може бути більша, ніж довжина клинка, через піддатливість передньої черевної стінки або зміщення легень унаслідок пневмотораксу. Важко буває визначити довжину ранового каналу, якщо він закінчується в порожнині будь-якого органа (серце, трахея).

Ширина клинка краще виявляється за ходом ранового каналу в таких органах, як печінка, нирки, серце, та на твердій мозковій оболонці, перикарді тощо.

Для встановлення форми клинка та його особливостей було запропоновано методи, що грунтуються на одержанні зліпків ранового каналу з використанням гіпсу, контрастної речовини з подальшим рентгенологічним дослідженням.

Для ідентифікації колючо-ріжучих знарядь травми досліджуються траси на хрящах ребер за допомогою трасологічного методу. Розроблено методику для визначення знаряддя травми шляхом дослідження на ньому накладень: клітин різних тканин, частинок одягу тощо.

Пошкодження ножицями мають різний характер залежно від їх положення під час травми. Коли бранші розведені, то кожна з них діє як колючо-ріжучий засіб типу фінського ножа. Складені ножиці діють як колючий предмет. Якщо в момент удару бранші розходяться або заходять одна за одну, виникають парні колото-різані рани з одним гострим, а другим П-подібним кінцем. При розходженні браншей у тілі потерпілого виникає роздвоєний рановий канал.

Як свідчить судово-медична практика, колоті і колото-різані рани найчастіше завдаються з метою вбивства. В цих випадках спостерігаються одна або кілька глибоких ран (тому, що завдаються з великою силою), розташованих на різних ділянках тіла і на руках, якщо жертва захищається і прикриває ділянки тіла, куди намагаються нанести удар.

У випадках самогубства колоті і колото-різані рани, як правило, локалізуються в ділянці серця, рідше на шиї. Розташовуються вони одна біля одної, купчасто переважно неглибокі. Смертельною можуть бути тільки одна чи дві рани, які проникають у серце або легені. Як правило, самогубець звільняє від одягу ділянку тіла, де збирається заподіяти пошкодження.

2. Смерть при механічних пошкодженнях може наставати від різних причин.

При встановленні причини смерті у випадках механічної травми судово-медичний експерт повинен визначити пошкодження, яке спричинило або зумовило смерть.

Причини смерті при механічних пошкодженнях поділяють на дві групи: первинні і вторинні (ускладнення). До первинних причин відносять такі:

1. ***Грубе анатомічне руйнування тіла*** (розчавлення голови, відокремлення частин тіла).

2. ***Крововтрата*** — найчастіша безпосередня причина смерті у випадках травми внаслідок масивної зовнішньої або внутрішньої кровотечі. Розрізняють велику і гостру крововтрату.

Велика крововтрата спостерігається при відносно повільному (навіть протягом кількох годин) витіканні близько 50% крові, тобто 2,5-3 л. При розтині трупів осіб, що загинули внаслідок великої крововтрати, спостерігаються характерні ознаки: особлива блідість шкіри і видимих слизових оболонок, повільне утворення трупних плям і слабкий їх прояв, блідість, знекровлення внутрішніх органів (печінка, нирки, серце) з глинястим відтінком на розрізі, зменшена в розмірах недокрівна селезінка, різке м’язове заклякання, мала кількість крові у великих судинах і порожнинах серця, крововиливи під ендокардом лівого шлуночка (плями Мінакова). Утворення цих субендокардіальних крововиливів пов’язують із

різким зниженням артеріального тиску, розвитком негативного тиску в порожнині лівого шлуночка під час діастоли, що може нагадувати дію лікувальних банок.

Такі крововиливи можуть спостерігатися також у випадку смерті з інших причин, що супроводжується різким зниженням артеріального тиску, наприклад при шоку. Вторинні крововиливи в стовбур мозку можливі у випадках черепно-мозкової травми.

Важливу роль у процесі настання смерті відіграє не тільки величина крововтрати, а й швидкість кровотечі.

Гостра крововтрата характеризується швидким витіканням крові з магістральних судин (аорта, сонні і стегнові артерії), навіть у невеликій кількості (до 1 л). В цих випадках різко знижується внутрішньосерцевий тиск і виникає гостра анемія головного мозку. При розтині трупа можуть спостерігатись субендокардіальні крововиливи (плями Мінакова), а морфологічні ознаки великої крововтрати майже не виражені.

Більш чутливі до втрати крові діти внаслідок відносно меншої кількості у них крові (1/16 — 1/20 маси тіла), а також чоловіки порівняно з жінками.

3. ***Шок.*** *Я*к основна причина смерті шок є своєрідною реакцією організму на травму, що характеризується перезбудженням центральної нервової системи із подальшим розладом нервової регуляції. Шок може бути первинний і вторинний.

Первинний шок зумовлює рефлекторну зупинку серця і смерть при травмі так званих шокогенних зон (ділянка горла, статевих органів, нігтевих фаланг пальців). Секційних морфологічних ознак шоку немає. При судово-медичному дослідженні трупа спостерігається картина наглої (раптової) смерті. Діагноз шоку можливий при виключенні інших причин смерті у разі пошкодження шокогенних зон і обов'язково за даними клінічної картини шоку.

У разі *вторинного травматичного шоку,* що розвивається поступово протягом 5-10 год. спостерігаються типові морфологічні зміни: масивне грубе пошкодження, що спричинило смерть в перші години, ознаки значної крововтрати, депонування крові в органах черевної порожнини (селезінка, печінка, нирки). При

гістологічному і електронномікроскопічному дослідженні в органах і тканинах виявляють судинні розлади, дистрофічні зміни і некротичні прояви. На кафедрі судової медицини Національного медичного університету розроблено (І.А.Федотова, 1993) морфологічні показники диференціальної діагностики деяких різновидів шоку (кардіогенного, геморагічного і травматичного без вираженої крововтрати).

4. ***Емболія*** (повітряна, жирова, значно рідше тромбоемболія та емболія розміжченою тканиною печінки).

Повітряна емболія виникає при відкритих пошкодженнях венозних стовбурів і спостерігається в разі травми шиї, кримінального викидня при великих термінах вагітності за допомогою мильних розчинів, газованої мінеральної води, а також при накладанні пневмотораксу, коли пухирці повітря потрапляють в судини легень.

Невелика кількість повітря (до 10 $см^3$) розчиняється в крові, можливе повільне всмоктування навіть великих кількостей повітря протягом тривалого часу. Проте швидке його надходження в кровоносні судини в кількості 15-20 $см^3$ спричиняє тяжкий стан і смерть внаслідок фібриляції шлуночків серця. При підозрі на смерть від повітряної емболії в судово-медичній практиці застосовується проба Сунцова, яка грунтується на виявленні повітря в правій половині серця шляхом проколювання його під водою, що налита в порожнину перикарду.

Наявність пухирців повітря в порожнинах серця може бути встановлена за допомогою рентгенологічного дослідження за умови відсутності гнильних змін у трупа. Пухирці повітря можуть бути виявлені в судинних сплетеннях за допомогою бінокулярної лупи після розкриття шлуночків мозку.

Жирова емболія виникає, коли крапельки жиру з кісткового мозку при переломах трубчастих кісток або з травмованої жирової клітковини потрапляють у вени і закупорюють капіляри легень. Крапельки жиру при неповному зарощені овального отвору можуть з правого передсердя потрапляти у велике коло кровообігу і спричиняти розлади функції головного мозку, печінки, нирок та ін. Діагностика жирової емболії проводиться за допомогою

мікроскопічного дослідження із використанням забарвлення суданом III.

5. ***Аспірація кров'ю.*** Відбувається при потраплянні крові в дихальні шляхи в разі різаних ран шиї, переломів основи черепа з пошкодженням решітчастої кістки. Діагностика смерті в цих випадках грунтується на виявленні крові в дихальних шляхах і характерному вигляді легень, які на поверхні і на розрізах мають строкатий малюнок чергування плям і ділянок рожевого або світло-рожевого забарвлення з темно-червоними плямами, а також на виявленні крові в дрібних бронхах і альвеолах при гістологічному дослідженні.

6. ***Струс і забій серця з подальшою рефлекторною зупинкою його.*** Можливі при ударах у ділянку грудей з великою силою. Струс значного ступеня під час діастоли може спричиняти розрив серця, найчастіше його правого шлуночка, що швидко призводить до тампонади кров'ю осердя і стискання серця.

7. ***Забій головного мозку і його струс*** — показник тяжкої черепно-мозкової травми. Спостерігаються при переломах кісток черепа. Вони також можуть виникати і при цілості їх. Забій тканин мозку відбувається відповідно в місці удару і на діаметрально протилежному полюсі (протиудар).

Макроскопічно первинні вогнища контузії головного мозку характеризуються геморагічним розм'якшенням темно-червоного або червоного кольору з надривами мозкової оболонки. У місцях надривів оболонки виявляється детрит мозкової речовини або ці ділянки вкриті темно-червоними згустками крові. Іноді вогнища контузії мають вигляд численних дрібнокрапкових крововиливів у кору великого мозку або плям синьо-червоного кольору. На розрізі вони мають форму клина або зрізаного конуса, основа якого обернена до поверхні мозку. Залежно від часу, що минув з моменту травмування до настання смерті, розміри, колір, форма і консистенція вогнищ забою змінюються, що дозволяє макро і мікроскопічно визначити давність травми.

Крім забою, при травмі голови тупими предметами можуть виникати ***інші пошкодження мозку:*** внутрішньомозкова гематома, внутрішньошлуночковий, субарахноїдальний, субдуральний,

перидуральний і стовбуровий крововиливи. Субдуральний і перидуральний крововиливи навіть при об'ємі 70-120 см^3 різко підвищують внутрішньочерепний тиск, що спричиняє стискання головного мозку і переміщення його стовбурової частини.

Дифузні пошкодження аксонів визначаються як *дрібновогнищеві і вогнищеві крововиливи в білу речовину мозку*. Механізм утворення їх полягає в розривах аксонів при "імпульсній" травмі голови, що зумовлює ротаційне прискорення, яке спричиняє розтягуючі навантаження на аксон.

Ураження стовбура головного мозку є найчастіше основною причиною смерті при черепно-мозковій травмі. Крововилив у стовбур мозку можуть бути первинними (ректичні), які виникають, як правило, відразу або через деякий час після тяжкої черепно-мозкової травми, а також вторинні, що спостерігаються через різні проміжки часу після травми (години, доби, тижня), внаслідок розладів гемоциркуляції.

Первинні крововиливи макроскопічно спостерігаються у речовині покришки і середнього мозку та основи варолієвого мосту у вигляді дрібно і великокрапкових крововиливів, іноді — маленьких гематом темно-червоного кольору з чіткими межами. Мікроскопічно виявляються скупчення незмінених або малозмінених гемолізованих еритроцитів навколо незмінених судин.

Вторинні крововиливи макроскопічно мають вогнищевий плямистий характер, смугасті чи невизначеної форми, розміром від 0,3×0,3 см до 1×1 см і більше, без чітких меж, з досить широким геморагічним обідком. Основою механізму цих крововиливів є грубі порушення проникності стінок мікросудин, що розвиваються внаслідок венозного застою.

Вторинні крововиливи завжди супроводжуються смугастими крововиливами під ендокард лівого шлуночка серця (нагадують плями Мінакова), чого ніколи не спостерігається в разі первинних крововиливів у стовбур мозку.

Базальний субарахноїдальний крововилив спонтанного характеру найчастіше зумовлений патологією судин головного мозку внаслідок високого артеріального чи внутрішньочерепного тиску.

Він може виникати в стані алкогольного сп'яніння, при фізичному перенапруженні, а також у ситуаціях, пов'язаних з травмою, що потребує ретельного дослідження для визначення причинно-наслідкового зв'язку з настанням смерті. Проте базальний субарахноїдальний крововилив може мати і травматичний характер, наприклад, при ударі тупим предметом по передньобічній поверхні шиї.

Пошкодження спинного мозку супроводжують травму хребта і найчастіше ускладнюються травматичним набряком, який розвивається дуже швидко, в найближчі хвилини після травми.

При механічних пошкодженнях можлива **смерть і внаслідок різних ускладнень** (вторинні причини смерті).

До таких ускладнень насамперед належить *гостра недостатність нирок,* яка виникає внаслідок травматичного шоку, гострої крововтрати, масивного розміжчення м'яких тканин. Травма, біль, токсемія спричиняють спазм судин нирок, що призводить до сповільнення кровотоку в кірковому шарі з порушенням мікроциркуляції і мікротромбозами.

Розвиток поширеного дисемінованого внутрішньосудинного зсідання (синдром ДВЗ) крові і є причиною гострої недостатності нирок.

Синдром ДВЗ в судово-медичній практиці спостерігається нерідко у випадках тривалого розміжчення м'яких тканин, а також при позиційному стисканні судин у певному положенні кінцівки. Характерними ознаками є різкий набряк і просочення кров'ю некротизованих м'яких тканин та клінічна картина краш-синдрому, що зумовлений продуктами розпаду і порушеного метаболізму в пошкоджених м'яких тканинах.

До інших ускладнень, що можуть спричинити смерть, належать *тромбоемболія, запалення мозку, його оболонок, пневмонія* та ін.

3. *Відмороження пов'язане з тривалим зниженням тканинної температури окремих частин тіла при збереженні температури центрально розташованих органів, тканин і організму в цілому на достатньому рівні.*

Як правило, відмороження зазнають периферичні частини кінцівок — пальці стоп і кистей і виступаючі частини лиця — ніс, вуха, щоки. Частіше на стопі страждає I палець, а на кистях — III-V

пальці.

Механізм патологічних порушень, що виникають при відмороженнях, складний. Крім прямої пошкоджувальної дії низьких температур (аж до обледеніння тканин), важливу роль відіграє порушення живлення тканин внаслідок судинних змін. Спазм і подальший параліч судин, в першу чергу, капілярів і дрібних вен, призводить до стазу, тромбозу, різкого розладу і повного припинення кровообігу.

В розвитку відморожень розрізняють два періоди: прихований (дореактивний) і реактивний. Прихований період відповідає строку зниження місцевої температури тканин. Реактивний період настає після зігрівання відморожених частин тіла і тільки тоді можливо точно встановити глибину ураження, залежно від якої розрізняють і ступінь відмороження.

Відмороження I ступеня характеризується зміною кольору шкіри та її набряканням. Суб'єктивні відчуття звичайно обмежуються шкірним свербіжем. Іноді спостерігається пекучий, ломотний біль у суглобах. Наприкінці тижня больові явища зникають, шкіра набуває звичайного вигляду.

Для **відмороження II ступеня** характерним є утворення пухирів, що виникають протягом перших 2-3 днів і містять жовтувату прозору рідину. Іноді їх вміст набуває драглистої консистенції. В процесі загоювання шкіряний покрив відновлюється повністю, нігті, що випали, відростають знову. Після загоювання відморожень I-II ступеня тривалий час спостерігається підвищена чутливість до холоду.

При **відмороженні III ступеня** починається некроз всієї товщі шкіри, а іноді і підшкірної жирової клітковини. Місце ураження вкрите пухирями темно-червоного, іноді майже чорного кольору з геморагічним вмістом. Іноді пухирів немає. Різке набрякання поширюється далеко за межі враженої ділянки. Некротичні тканини відторгаються протягом тривалого часу, а рана рубцюється та епітелізується протягом 1,5-3 місяців. Іноді загоювання відбувається під струпом (муміфікуюча форма відмороження). Наслідком відмороження III ступеня є тривалі розлади чутливості та різні порушення трофіки.

Відмороження IV ступеня характеризується відмиранням тканин ураженої частини тіла, в тому числі і кісток, на всю товщину. Глибина некрозу визначається поступово, чітка демаркаційна лінія утворюється лише наприкінці другого тижня.

Відторгнення відмерлих тканин затягується на багато тижнів і навіть місяців. Наслідком відморожень може бути відторгнення змертвілих частин кінцівок з утворенням кукси. Відмороження IV ступеня нерідко ускладнюється висхідною гнійною інфекцією.

В холодну пору року при зіткненні з різко охолодженими металевими предметами може виникнути контактне відмороження. При цьому відбувається швидка коагуляція білка. Такі відмороження зовні схожі з опіками, відображають форму і розміри контактної поверхні охолодженого предмета.

Відмороження рідко є об'єктом судово-медичної експертизи. В окремих випадках виникає необхідність встановлення ступеня тяжкості пошкодження або стійкої втрати працездатності

Джерела: [1]; [2]; [7]; [9]; [11].

Запитання для самоперевірки

1. Як класифікують пошкодження.
2. Які пошкодження при дії тупих предметів.
3. Назвіть пошкодження від гострих предметів.
4. Який нормативний акт визначає ступінь тяжкості ушкоджень.
5. Ступені відмороження.

Тема 4. Судово-медична токсикологія.

План

1. Деструктивні отрути.
2. Нервово-функціональні отрути.

Методичні рекомендації

1. *Деструктивні отрути — це велика група речовин, які після всмоктування і контакту з клітинами порушують їх*

структуру, що призводить до дистрофічних і некротичних змін тканин печінки, нирок, серця, центральної нервової системи та інших органів і систем. Зміни при отруєнні деякими деструктивними отрутами іноді досить типові для них, проте подібні прояви можуть нагадувати будь-яку хворобу. Тому в разі підозри на отруєння деструктивними отрутами потрібно проводити судово-токсикологічне дослідження. До деструктивних отрут належать солі і оксиди важких металів: миш'яку, ртуті, міді, свинцю та ін.

Миш'як. Отруйні властивості миш'яку відомі дуже давно. Відсутність смаку, запаху і сильні отруйні властивості зумовили застосування його із злочинною метою. Миш'як — метал, нерозчинний у воді, а тому й неотруйний, проте, окиснюючись, утворює отруйні оксиди. Якщо говорять про отруєння миш'яком, розуміють білий миш'як, тобто ангідрид миш'яковистої кислоти (As_2O_3), хоч є інший, менш отруйний — ангідрид миш'якової кислоти (As_2O_5) Вони широко застосовуються для протруєння зерна, а тому є більш-менш доступними.

Білий миш'як — це білий порошок без особливого запаху і смаку, іноді може мати вигляд білих грудочок із жовтуватим відтінком. Він може бути легко і непомітно введений в організм разом з їжею, а тому й досі іноді спостерігаються випадки вбивства шляхом отруєння миш'яком. Трапляються нещасні випадки внаслідок споживання зерна, протруєного сполуками миш'яку, а також випадки самогубства. Смертельна доза становить 0,1-0,2 г.

Залежно від перебігу розрізняють дві форми гострого отруєння миш'яком:

1) шлунково-кишкову;
2) паралітичну (нервову).

Шлунково-кишкова форма отруєння нагадує холеру: через 1-2 год після приймання миш'яку потерпілий починає відчувати печію в роті з металевим присмаком, нудоту, потім спрагу, гострий біль у животі, потім неспинне блювання. Обличчя відразу стає змарнілим, очі западають, ніс загострюється (лице Гіппократа), шкіра

вкривається липким потом, у литкових м'язах виникають судоми.

Потім з'являються рідкий, водянистий пронос із шматочками слизу і білуватими клаптями відторгненого кишкового епітелію, що нагадує рисовий відвар як при холері. Кількість сечі зменшується, спостерігаються симптоми колапсу. Смерть, як правило, настає через 1-2 доби, рідше — пізніше.

У разі отруєння миш'яком спочатку виникає блювання, тоді як при холері насамперед з'являється пронос.

Паралітична (нервова) форма пов'язана з прийманням великих доз миш'яку і перебігає без шлунково-кишкових проявів. При цій формі спостерігається різкий головний біль і тягнучий біль в інших частинах тіла, сонливість, запаморочення, непритомність, іноді судоми, коматозний стан. Смерть може настати швидко, навіть у перші години після отруєння.

Під час розтину трупа *зміни в органах нагадують ознаки токсичного гастроентериту.* Кишкові петлі в'ялі, серозна оболонка липка, в кишках світлий, водянистий вміст із білуватими пластівцями, слизова оболонка кишок гіперемійована, в її складках дрібні, сіруваті ділянки некрозу, іноді білуваті часточки миш'яку, солітарні фолікули (Пейєрові бляшки) різко збільшені, набряклі, нерідко з крововиливами. Слизова оболонка шлунка гіперемійована, набрякла, іноді з некротичними ділянками, вкрита в'язкими слизовими масами. Секреторні залози шлунка збільшені, внаслідок чого слизова оболонка на дотик дрібногорбиста. В порожнинах серця — густа кров, під ендокардом лівого шлуночка часто виявляються невеликі смугасті крововиливи, схожі на плями Мінакова, що виникають, мабуть, внаслідок різкого зниження кров'яного тиску в міокарді, печінці й нирках — прояви ниркової дистрофії.

Якщо смерть від отруєння миш'яком настає швидко (при паралітичній формі отруєння), то зазначені морфологічні зміни можуть і не спостерігатися. У таких випадках у шлунку найчастіше виявляють білуваті часточки миш'яку, що характерне для самогубства від приймання великої дози отрути.

До отруйних сполук миш'яку належать фарби (шеєлева та швейнфуртська зелень). Дуже рідко спостерігаються отруєння

органічними препаратами миш'яку (наприклад, сальварсеном і неосальварсеном тощо).

Миш'як тривалий час зберігається в трупі (зокрема в кістках і волоссі), тому може бути виявлений шляхом судово-токсикологічного дослідження і через досить тривалий час після поховання (наприклад, виявлення великої кількості миш'яку у волоссі Наполеона через більш як 150 років після його смерті).

Слід ураховувати, що грунтові мікроорганізми можуть переносити миш'як із грунту в останки трупа.

Якщо людина після отруєння миш'яком залишається живою, то у неї виникають жовтяниця, висип, а на нігтях з'являються білуваті поперечні смужки, які дістали назву смужок Месса. За кількістю смужок, як встановлено В.І.Прозоровським, можна зробити висновок про те, скільки разів приймався миш'як. При дворазовому прийманні — дві поперечні смужки при триразовому — три тощо. Ці смужки з часом зникають.

Сполуки ртуті. Металева ртуть неотруйна, оскільки вона нерозчинна, або майже нерозчинна. Отруйними є пари ртуті та деякі органічні (гранозан) і неорганічні (сулема) сполуки. Подрібнена ртуть у мазях після втирання легко всмоктується і, якщо доза її відповідна, це спричиняє отруєння, так само як і вдихання парів ртуті.

Сулема — білий дрібнокристалічний порошок, який добре розчиняється у воді, краще в присутності натрію хлориду. Випускається у вигляді таблеток по 0,5 або 1 г, забарвлених у блідорожевий колір. У медичній практиці застосовується як антисептичний, дезинфікуючий засіб. Сулема — сильна протоплазматична отрута, сполучаючись із білками тканин, вона утворює ртутні альбумінати. Смертельна доза — 0,1-0,3 г.

Клінічна симптоматика отруєння сулемою нагадує дизентерію і характеризується тріадою клініко-морфологічних проявів:

1) ртутним стоматитом;
2) ртутним виразковим колітом;
3) нефрозо-нефритом (сулемова нирка).

Після приймання отрути виникає неприємний металевий присмак і пекучий біль у роті та за ходом стравоходу, шлунка,

блювання, часто з домішкою крові, кривавий пронос. Пульс частий, ниткоподібний, температура тіла знижується, ясна набухають, з рота чути різкий гнильний запах. Спочатку збільшується виділення сечі, а потім настає анурія (спостерігаються циліндр-протеїн і гематурія). Виникає кривавий пронос із тенезмами, слизом у калі, через що отруєння сулемою може бути прийняте за дизентерію. Смерть настає через 2-3 дні.

Під час судово-медичного розтину трупа виявляється досить характерна картина: на підпухлих яснах сірувато-зеленуватий наліт, виразки з сіруватим дном; нирки збільшені, мутно-білуватого кольору (біла сулемова нирка), на розтині кірковий шар набухлий, стовщений, пронизаний червоними крапками і смугами (крововиливи). Під мікроскопом виявляється некроз епітелію звивистих канальців нефронів із відкладанням вапна і численні крововиливи.

На внутрішній поверхні сліпої кишки і висхідної частини ободової (стінки їхні стовщені) спостерігається різка гіперемія слизової оболонки з численними крововиливами, дрібні виразочки і сірувато-зеленуваті, некротичні ділянки, на поверхні яких тонка, сірувата плівка за типом дифтеритичної, яка легко знімається пінцетом.

Ці зміни схожі на ті, що спостерігаються і при дизентерії. Проте у випадку дизентерії вони виявляються не у верхньому, а в нижньому відділі товстої кишки (прямій і сигмоподібній).

Якщо було прийнято велику дозу сулеми, то смерть настає в перші години при прогресуючих ознаках паралічу центральної нервової системи. Тоді у шлунку і в нижньому відділі стравоходу є сіруваті некротичні ділянки із запальними явищами.

Судово-медична діагностика отруєння сулемою грунтується на результатах токсикологічного дослідження внутрішніх органів. У тканинах трупа отрута зберігається тривалий час (понад рік). Отруєння сулемою найчастіше є нещасним випадком, коли розчин помилково вважають за будь-який напій, спостерігаються випадки самогубства, а також убивства.

Солі свинцю. Отруєння солями свинцю спостерігаються дуже рідко. Гостре отруєння найчастіше зумовлене свинцю карбонатом

(свинцеві білила) або свинцю ацетатом (свинцевий оцет). Картина отруєння не має будь-яких характерних ознак. При цьому спостерігаються прояви токсичного гастроентериту з усіма відповідними клінічними і морфологічними ознаками. При розтині трупа на різко гіперемійованій слизовій оболонці шлунка спостерігаються білуваті часточки солей свинцю, тоді як вміст кишок і внутрішня їх поверхня темно-бурого, майже чорного кольору внаслідок утворення сульфату свинцю (сполуки солей свинцю з сірководнем).

Найчастіше хронічне отруєння солями свинцю спостерігається на підприємствах, під час роботи з свинцевими препаратами в скляній промисловості, друкарнях тощо. Клінічні прояви при цьому різні — свинцевий параліч, свинцева подагра, кахексія, свинцевий стоматит та ін. Гостре отруєння солями свинцю іноді є самогубством. Убивства, нещасні випадки, як правило, не спостерігаються, бо смертельна доза солей свинцю велика — 20-30 г.

Солі міді. Із неорганічних сполук міді найбільше судово-медичне значення мають *мідний купорос (міді сульфат) і бордоська рідина.* Смертельна доза становить 2-3 г, проте спостерігаються випадки, коли смерть настає після приймання 0,5-0,6 г міді сульфату. Картина отруєння характеризується неприємним, в'язким смаком у роті, значною слинотечею, блюванням, болем у животі, кров'янистим проносом, слабкістю, запамороченням, коматозним станом і смертю. Блювотні маси забарвлені в зелений колір, кал — у чорний. При розтині трупа — гіперемія, набухання слизової оболонки шлунка, кишок, дистрофія паренхіматозних органів. Діагностика отруєння солями міді потребує токсикологічного дослідження внутрішніх органів.

Фосфор. Отруєння неорганічним металоїдом фосфором тепер спостерігається надзвичайно рідко. Смертельна доза — 0,05-0,1 г. Надходження фосфору в шлунок спричиняє блювання; блювотні маси світяться в темряві. Повітря, яке видихає потерпілий, має запах часнику. При судово-медичному розтині виявляють різко виражене жирове переродження паренхіматозних органів, особливо печінки, і численні крапкові крововиливи в різних органах і

тканинах.

Останнім часом значного поширення набули органічні сполуки фосфору — *тіофос, карбофос, фосфанон, метафос та ін.,* які застосовуються у вигляді порошків (дустів) і емульсій у сільському господарстві і побуті для боротьби з шкідниками зернових культур і комахами, а тому отруєння цими сполуками нерідко має місце в судово-медичній практиці. Отруєння може настати від вдихання парів цих сполук або при споживанні їх з їжею. Спостерігаються приступи клонічних і тонічних судом із непритомністю, різко виражені розлади дихання (бронхоспазм) і кровообігу (гіпотензія). Смерть настає від паралічу дихального центру і має характер асфіксії.

Фосфорні сполуки значно знижують активність холінестерази, що призводить до накопичення в організмі ацетилхоліну.

Враховуючи дію різних сполук фосфору на організм людини, неорганічні сполуки слід віднести до деструктивних отрут, а органічні — до нервово-функціональних.

Судово-медична діагностика отруєння сполуками фосфору грунтується на результатах токсикологічного дослідження внутрішніх органів.

До групи деструктивних отрут належать різні **сполуки талію,** особливо *талію сульфат і талію ацетат,* отруєння якими останнім часом являється важливою проблемою. Ці сполуки використовуються на виробництві. Смертельна доза становить близько 1 г (10-15 мг/кг маси тіла). Отруєння має дуже тяжкий перебіг, пошкоджуються майже усі органи і системи (серце, судини, нирки, центральна нервова система, шлунок, кров і кровотворні органи, кістки). Характерний тяжкий поліартрит, поліневрит, випадіння волосся, порушення росту нігтів. Можливий гострий і хронічний перебіг отруєння. Смерть при гострій формі настає через 1-10 діб. Талій є ферментною отрутою. Низькі концентрації його стимулюють АТФ, а високі — пригнічують. Отрута накопичується в мітохондріях, аксонах, пошкоджуючи їх. Виводиться з організму повільно, переважно нирками, а також кишками з ознаками вторинної резорбції. *Основним депо накопичення талію є кістки, м'язи, волосся.* Накопичення талію в

волоссі обумовлює порушення процесів кератиноутворення, внаслідок чого утворюються порожнини, які при звичайній мікроскопії виглядають як поперечні смуги — так звані "талієві смуги". Він міститься також в крові, сечі, калі, де можна його виявити *сучасними хіміко-аналітичними методами.*

2. Це велика група різних за хімічним складом отрут, які порушують хімізм клітин і тим самим призводять до розладу або припинення функції. Вони безпосередньо діють на центральну нервову систему.

Морфологічні зміни при отруєннях цими отрутами незначні, а іноді їх зовсім немає. Тому діагностика отруєння має грунтуватися на клінічній картині і результатах токсикологічного та інших лабораторних досліджень внутрішніх органів, крові, сечі та інших тканин.

Нервово-функціональних отрут надзвичайно багато, до того ж вони досить різнорідні. *Залежно від особливостей дії на організм ці отрути умовно можна поділити на чотири підгрупи:*

1) пригнічуючі;
2) паралітичні;
3) збуджувальні і що викликають судоми;
4) з переважною дією на периферичну нервову систему.

Розглянемо особливості отруєнь лише тими отрутами, які найчастіше спостерігаються в судово-медичній практиці.

До підгрупи пригнічуючих нервово-функціональних отрут належать:

а) наркотичні речовини ациклічного ряду — етиловий алкоголь (етиловий спирт), ефір, хлороформ, технічні рідини (метанол, етиленгліколь, дихлоретан, тетраетилсвинець);
б) нелеткі наркотики, які використовуються як наркотичні і снодійні лікарські засоби;
в) алкалоїди, які пригнічують центральну нервову систему (морфін, героїн тощо).

Етиловий алкоголь — це безбарвна прозора рідина із специфічним запахом, пекуча на смак. Він є сильною цитоплазматичною отрутою, характеризується вираженою токсичною дією, спричиняє порушення функцій центральної

нервової системи, насамперед кори головного мозку. Внаслідок пригноблювальної дії на кору настає розгальмування і збудження підкіркового відділу; спостерігається також порушення функцій вегетативної нервової системи і внутрішніх органів. В організмі людини етиловий алкоголь (спирт) під впливом ферментів (алкогольдегідрогенази) перетворюється у високотоксичний метаболіт — ацетальдегід, який тривалий час після приймання алкоголю зумовлює стан похмілля, що характеризується розладами дихання, кровообігу і порушенням функції центральної нервової системи.

Етиловий алкоголь (спирт) міститься у різних напоях. Найбільший вміст його в горілці, коньяку, ромі й лікері (40-50% і більше). Оскільки ці напої широко вживаються в побуті, то отруєння ними (найчастіше як нещасний випадок) нерідко спостерігаються в судово-медичній практиці. Токсичну дію етилового алкоголю зумовлюють отруйні речовини, які часто містяться в ньому (наприклад, сивушна олія у самогоні).

Сприйнятливість до алкоголю у людей різна і залежить від умов його приймання (міцність алкогольного напою, ступінь наповнення шлунка їжею та її характер, швидкість введення та ін.), віку, індивідуальних особливостей (звикання) та інших чинників. Встановлено, що ступінь інтоксикації алкоголем залежить від швидкості надходження його в кров. Якщо при прийманні алкоголю шлунок був переповнений, то близько 20% його всмоктується в шлунку, а 80% у кишках, де частина його абсорбується їжею і виводиться. Максимальний вміст алкоголю в крові при цьому спостерігається через 1-2 год. *В разі приймання алкоголю на порожній шлунок 80% його всмоктується в шлунку, а найбільший вміст його в крові спостерігається через 30-40 хв., іноді навіть через 10-15 хв. Період всмоктування алкоголю в кров до встановлення дифузної рівноваги в тканинах дістав назву періоду резорбції. Цей період триває 1-3 год. Після того, як рівень алкоголю в крові досягає найвищої концентрації, починається період елімінації — виведення алкоголю всіма органами виділення (нирки, легені та ін.).*

Смертельна доза етилового спирту для дорослої людини, яка не

вживає алкогольних напоїв, становить 100-200 г, проте можливі випадки, коли приймання 500-600 г етанолу не спричиняє смерть. Вважають, що смертельна доза етанолу дорівнює 7-8 г/кг маси тіла. Діти дуже чутливі до алкоголю, вже 10-12 г етилового спирту можуть бути для них смертельними.

Смерть при гострій алкогольній інтоксикації може настати внаслідок паралічу дихального центру. Проте вона може бути зумовлена й іншими причинами, а саме серцево-легеневою недостатністю, переохолодженням, оскільки алкоголь знижує температуру тіла. Іноді виникають значні труднощі з визначенням основної причини смерті і з'ясування впливу при цьому алкогольної інтоксикації, що спричиняє розвиток недостатності серця.

Смерть після приймання етанолу настає не тільки на висоті алкогольної інтоксикації (стадія резорбції), а й дещо пізніше (в стадії елімінації), через кілька годин або на другий день при незначній концентрації етанолу в крові. В таких випадках смерть є наслідком гострої недостатності серця, яка зумовлена кардіоміопатією різної етіології, в тому числі й алкогольною.

У разі гострого отруєння етиловим спиртом спостерігається характерна клінічна картина: спочатку (*в першій стадії легкого сп'яніння — стадії збудження*) людина стає веселою, галасливою, рухливою, може з'явитися бажання полаятись, побитися, обличчя червоніє, очі блищать, пульс прискорюється, мова стає безладною. Вміст алкоголю в крові в цій стадії орієнтовно становить 0,5-1,5 г/л.

Для другої стадії сп'яніння характерний стан пригнічення: обличчя блідне, починається блювання, порушується координація рухів, хода стає невпевненою, хиткою, пульс слабшає, помітно порушуються відчуття орієнтації в навколишньому середовищі, людина відчуває сонливість, що переходить у глибокий сон; концентрація алкоголю в крові орієнтовно становить 1,5-2,5 г/л.

У третій стадії — паралітичний сон переходить в кому: обличчя стає ціанотичним, дихання — поверхневим, кров'яний тиск знижується, рефлексів немає, спостерігаються мимовільне сечовипускання і дефекація. Вміст алкоголю в крові 2,5-3 г/л, що

характеризує тяжкий ступінь алкогольного сп'яніння. *Смерть настає, як правило, від паралічу дихального центру при концентрації алкоголю в крові понад 3-6 г/л.*

Під час судово-медичного дослідження трупа спостерігається одутлість і синюшність обличчя, набряк повік, дрібні крововиливи на кон'юнктивах, багряно-синє забарвлення суцільних трупних плям тощо. При розтині — різкий запах алкоголю від внутрішніх органів трупа, які переповнені кров'ю, часто переповнений сечовий міхур, крапкові крововиливи під епікардом і легеневою плеврою, а також у підшлунковій залозі. Поєднання цих ознак з результатами судово-токсикологічного дослідження крові і сечі дозволяє встановити, що причиною смерті є отруєння етанолом. Для визначення концентрації алкоголю кров (5-10 мл) беруть із периферичних судин (стегнова, плечова вени) або синусів твердої мозкової оболонки. На судово-токсикологічне дослідження іноді направляють цереброспінальну рідину і вміст шлунка. Як зазначалося, концентрація алкоголю 3,5-4 г/л і вище може зумовити смерть від алкогольної інтоксикації, проте спостерігаються випадки, коли вміст у крові 6 г/л етанолу не призводить до смертельного наслідку.

Останнім часом судово-медичним експертам доводиться встановлювати не тільки наявність алкогольного сп'яніння померлого, а й ступінь його перед смертю.

Для цього рекомендується спеціально розроблена орієнтовна шкала функціональної оцінки різних концентрацій алкоголю в крові.

У підручнику з психіатрії (За ред. А.В.Снежневського, 1983) наведені дещо інші співвідношення ступеня алкогольного сп'яніння залежно від концентрації алкоголю в крові, г/л: легке 1-2, середньотяжке — 3-4, тяжке — 5-6, смертельне 7-8.

В судово-медичній практиці нерідко виникає потреба у визначенні кількості вжитого алкоголю в певний період перед смертю. Це здійснюється шляхом розрахунків, рекомендованих Е. Відмарком, за формулою:

$$A=P\cdot r\,(C+\beta T),$$

де *A* — кількість вжитого алкоголю; *P* — маса трупа, кг;

r — чинник редукції (співвідношення концентрації алкоголю в трупі в цілому і в крові, яке становить у середньому 0,7); *С* — концентрація алкоголю в крові в момент дослідження; β — чинник окиснення (від 0,06-0,08 г/л при травмі до 0,2-0,18 г/л при фізичному навантаженні); *Т* — час від моменту приймання алкогольних напоїв до дослідження, в год.

Отримані результати є вірогідними, якщо момент пригоди збігався зі стадією елімінації. В стадії ж резорбції, коли відбувається інтенсивне накопичення алкоголю в крові, ці розрахунки можуть бути неточними.

Для того, щоб встановити стадію алкогольного сп'яніння (резорбція, дифузна рівновага, елімінація), потрібно визначити співвідношення концентрації алкоголю в крові і сечі. При цьому слід враховувати, що концентрація алкоголю в трупній крові після смерті змінюється. Так, за даними літератури (М.І.Живодьоров, 1968), через 3-4 доби після смерті залежно від температури навколишнього середовища концентрація алкоголю зменшується на 10-30%, в той час як на п'яту добу — збільшується і може перевищувати вихідний рівень на 12-30%.

В медичній практиці лікарям клінічних спеціальностей доводиться з'ясовувати питання, пов'язані з наявністю алкогольного сп'яніння у пацієнтів.

Проведення експертизи алкогольного сп'яніння на вимогу адміністративних, слідчих і судових органів, а також керівництва підприємств і організацій входить в обов'язки наркологів, психіатрів, невропатологів, а за їх відсутності — інших фахівців.

Основою медичних висновків про наявність алкогольного сп'яніння має бути всебічне клінічне обстеження пацієнта. Щодо біохімічних методів, то вони мають допоміжний характер. До найпоширеніших якісних реакцій, які є орієнтовними, належать реакції А.М.Раппопорта, А.А. Мохова, І.П.Шинкаренка та деякі інші:

Реакція А.М.Раппопорта (1928) грунтується на тому, що алкоголь в присутності сірчаної кислоти переходить в ацетальдегід, який знебарвлює розчин калію перманганату.

Практично ця реакція проводиться таким чинам: у дві пробірки

наливають по 2 мл дистильованої води. В одну з них вводять скляну (краще зігнуту) трубку, кінець якої опускають у воду. Друга пробірка — контрольна. Людина, яку обстежують, полоще рота, а потім видихає в трубку протягом 15-20 с. Після цього в обидві пробірки додають по 1-2 краплі 0,5% розчину калію перманганату і 1-2 краплі концентрованої сірчаної кислоти.

В контрольній пробірці розчин буде рожевого кольору, а в досліджуваній при наявності у видихуваному повітрі алкоголю стає прозорим через 1-2 хв.

Запропоновано використовувати індикаторні трубочки, які містять сухий фільтр із дрібнозернистим силікагелем, імпрегнованим 3% розчином хромового ангідриду в концентрований сірчаній кислоті.

Після продування через трубочку видихуваного повітря, яке містить пари етилового спирту, жовтий колір індикатора переходить в зелений. Перевагою цих реакцій є їх простота і наочність. Проте ці реакції неспецифічні, тому що можуть дати позитивний результат при наявності у видихуваному повітрі ацетону (діабетична кома), сірководню (озена, карієс зубів тощо), бензину, ефіру та ін. Внаслідок цього такі реакції зараз офіційно відмінено.

Для діагностики алкогольної інтоксикації рекомендується використовувати спеціальні прилади.

Найвірогіднішим лабораторним методом дослідження є встановлення наявності алкоголю в крові і в сечі, для чого застосовується *газохроматичний метод.* В конфліктних ситуаціях, нез'ясованих випадках, в разі тяжких кримінальних дій, при повторних дослідженнях, взяття крові і сечі у досліджуваного є обов'язковим. Слід враховувати, що в організмі людини завжди міститься ендогенний етанол у концентрації до 0,4г/л, яка змінюється залежно від її емоційного стану.

У судово-медичній практиці спостерігаються випадки отруєння різними "замісниками" алкоголю — технічними розчинами, які використовуються в промисловості і народному господарстві.

Ці розчини мають отруйні властивості, незнання яких призводить до одиничних, а іноді і до групових отруєнь. Серед таких розчинів найбільше судово-медичне значення мають

метиловий спирт, етиленгліколь, дихлоретан і тетраетилсвинець.

Метиловий алкоголь (метанол, деревний спирт) одержують сухою перегонкою деревини. Це безбарвна прозора рідина, яка за запахом і смаком нагадує етиловий (винний) спирт, проте в кілька разів токсичніша за нього. Окиснення метанолу і тривале перебування в організмі його метаболітів — формальдегіду і мурашиної кислоти збільшують токсичний ефект метанолу. Смертельна доза його коливається від 30 до 100 г.

Метанол широко застосовується в промисловості і побуті (як пальне). Отруєння метиловим спиртом, як правило, є нещасним випадком. Настає отруєння не відразу, прихований період може тривати від кількох годин до 1-2 днів, під час якого відбувається поступове утворення мурашиної кислоти.

Клінічна картина отруєння характеризується тим, що початкової стадії сп'яніння (збудження) або зовсім немає, або вона виявляється слабо і швидко зникає. *Тяжкі ознаки отруєння — втрата свідомості, зору, утруднене дихання, ціаноз, коматозний стан, колапс — виникають раптово. Смерть часто настає через кілька днів.*

У випадку одужання людина може залишитися сліпою внаслідок атрофії зорового нерва.

При розтині трупа ніяких характерних змін не виявляють, за винятком крововиливів у слизовій оболонці шлунка, ниркових мисках, серці і легенях, іноді у вузлах головного мозку та атрофії зорового нерва. На відміну від етанолу, метиловий алкоголь у крові і внутрішніх органах може бути виявлений протягом 3-5 днів після отруєння, а в сечі (у вигляді мурашиної кислоти) протягом 3 днів.

Етиленгліколь є основною складовою частиною антифризу — жовтуватої опаленцентної рідини, солодкуватої на смак. У вигляді 40-50% водного розчину його застосовують у радіаторах двигунів внутрішнього згоряння як засіб проти замерзання, оскільки антифриз має низьку точку замерзання (–40-42°С).

Отруєння етиленгліколем спостерігається як нещасний випадок при споживанні антифризу замість етилового алкоголю. Відомі також випадки групового отруєння. Смертельна доза антифризу — 200-300 г.

Гостре отруєння перебігає у двох формах: мозковій і печінково-нирковій. При *мозковій формі* в отруєного через 1-2 год з'являється відчуття легкого сп'яніння, червоніє обличчя, потім спостерігається загальна слабкість, головний біль, блювання, біль у надчерев'ї, іноді судоми, ознаки тяжкої мозкової коми, смерть. У затяжних випадках через 1-2 тижні можливі прояви уремії, розвиток коматозного стану і настання смерті від недостатності нирок або печінки.

При *печінково-нирковій формі* виявляють набряк, повнокрів'я, дистрофічні процеси з ділянками некрозу в печінці, геморагічний некронефроз, а в в канальцях нирок — велику кількість кристалів оксалатів.

Тетраетилсвинець (ТЕС) — це безбарвна прозора масляниста тяжка рідина, що має запах яблук, нудотно солодкий смак, і часто забарвлена в різні кольори (червоний, синій або зелений), внаслідок чого її часто приймають за лікер. ТЕС нерозчинний у воді, проте добре розчиняється в бензині, спирті, жирах, поліпшує технічні властивості бензину, завдяки чому широко застосовується в авіації та автотранспорті як антидетонатор. Тетраетилсвинець добре адсорбується пористими предметами: деревом, штукатуркою, грунтом тощо, а також легко випаровується. Отруєння тетраетилсвинцем — нещасний випадок внаслідок вживання його замість алкоголю або вдихання його парів, що можуть утворитися навіть при кімнатній температурі. У зв'язку з доброю розчинністю в жирах і ліпоїдах він може проникнути в організм навіть через непошкоджену шкіру. Смертельну дозу його не встановлено, проте вона дуже мала. Відомий випадок смерті від застосування вати, змоченої ТЕС, проти зубного болю.

Отруєння тетраетилсвинцем має дуже тяжкий перебіг. Спостерігаються головний біль, блювання, судоми, глибокі розлади психіки з нападами маніакального збудження, що супроводжується зоровими і слуховими маренням.

Смерть настає від глибокого виснаження центральної нервової системи, в тяжких випадках — у перші дні, іноді — через кілька днів. Судоми за характером нагадують отруєння стрихніном, проте при ньому свідомість зберігається до останнього моменту життя, а

при отруєнні ТЕС свідомість затьмарюється.

При судово-медичному розтині трупа будь-яких характерних змін не виявляють.

У випадках підозри на отруєння тетраетилсвинцем потрібно проводити судово-токсикологічне дослідження внутрішніх органів і головного мозку.

Дихлоретан — це рідина з запахом хлороформу; яка широко застосовується як жиророзчинник для виведення плям з одягу. Смертельна доза — 20-30 г.

Клінічно при отруєнні спостерігається наркотичний стан, який переходить в кому. При розтині трупа відчувається характерний запах сушених грибів; виявляється повнокров'я всіх внутрішніх органів, набряк мозку, мозкових оболонок, легень.

Діагностика отруєння грунтується на результатах токсикологічного дослідження внутрішніх органів, які бажано провести протягом 1-2 днів після вилучення.

Сірководень — це газ із специфічним гнильним запахом. Питома вага сірководню важча, ніж повітря, внаслідок чого він накопичується у вигрібних і дубильних ямах, у каналізаційних колодязях тощо. Сірководень є одним із продуктів розпаду білків. Він досить отруйний і спричиняє параліч центральної нервової системи. Вдихнувши його, людина відразу втрачає свідомість, падає і швидко помирає. Це явище має місце навіть тоді, коли в повітрі міститься до 0,2% сірководню. Якщо вміст його у вдихуваному повітрі дещо менший, то спостерігається головний біль, блювання, загальна слабкість, сонливість, після чого незабаром настає смерть. При розтині трупа отруєного будь-яких змін не виявляють. З'ясувати причину смерті дозволяє дослідження повітря на наявність у ньому сірководню. Отруєння сірководнем — нещасний випадок.

Ціаністі сполуки. В судово-медичній практиці спостерігаються випадки отруєння синильною кислотою і ціанистим калієм.

Синильна кислота *належить до найсильніших отрут. Одна її крапля (0,05 г) є вже смертельною дозою.* Випадків отруєння чистою синильною кислотою, яка є лише в лабораторіях, як правило, не спостерігається. Частіше трапляються нещасні випадки

отруєння серед дітей від вживання ядерець абрикосів або гіркого мигдалю, що містять незначну кількість синильної кислоти. Глікозид амигдалін, який є в ядерцях абрикосів, гіркого мигдалю, слив, вишень тощо, під дією шлункового соку розпадається з виділенням синильної кислоти. Для дітей кілька десятків ядерець абрикосів або гіркого мигдалю можуть виявитись смертельною дозою.

Можливе випадкове отруєння синильною кислотою. Недостатнє провітрювання приміщень після дезінсекції і дострокове вселення людей також може призвести до смертельних наслідків.

В концентраційних таборах смерті Освенцім, Майданек й інших синильну кислоту використовували як препарат "Циклон Б" у спеціальних камерах для масових вбивств. Самогубство спостерігається у людей, які мають доступ до синильної кислоти або її сполук.

Діагностика отруєння сполуками синильної кислоти грунтується на результатах токсикологічного дослідження внутрішніх органів, яке треба робити негайно, тому що ці сполуки дуже швидко розпадаються.

Ціанистий калій — це білуваті грудочки, що швидко розчиняються у воді. Він є нейтральною сполукою, від доступу повітря розкладається з утворенням зовсім неотруйного поташу. Смертельна доза ціанистого калію становить 0,15-0,2 г.

Синильна кислота та її сполуки паралізують дихальний елемент тканин — цитохромоксидазу, внаслідок чого вони втрачають здатність засвоювати кисень, а тому розвивається клітинна асфіксія без аноксемії.

Ціаніди вважають за найсильнішу отруту щодо швидкості настання смерті. Великі дози ціанідів призводять до смерті через кілька секунд: людина раптом із криком падає, обличчя синіє, виникають судоми і надзвичайно швидко настає смерть. Параліч центральної нервової системи розвивається відразу. При менших дозах отрути смерть настає через кілька хвилин. При цьому спостерігаються задишка, судоми, втрата свідомості, відчуття страху, стиснення грудей, що закінчується паралічем дихання.

При дослідженні трупа виявляють світло-червоне забарвлення

трупних плям, запах гіркого мигдалю від внутрішніх органів; кров і всі внутрішні органи мають світло-червоний колір, слизова оболонка шлунка внаслідок гідролізу, як правило, набрякла, вишнево-червоного кольору, що пояснюється переходом гемоглобіну в ціанистий гематин, на слизових і серозних оболонках — крапкові крововиливи.

Слід враховувати, що ціанисті сполуки під час гниття легко розпадаються і в загнилому трупі при токсикологічному дослідженні можуть не виявлятися. Тому в разі вираженого трупного гниття негативний результат судово-токсикологічного дослідження не виключає можливості отруєння ціанистими сполуками.

До групи отрут наркотичної дії належать деякі алкалоїди — органічні азотзв'язувальні речовини, які містяться в рослинах — морфін, опій і кокаїн.

Опій і морфін. Опій — це бура маса, яку отримують з недозрілих зрілих голівок малоазіатського маку. В опії міститься близько 20 алкалоїдів, у яких найбільше морфіну (10-20%). Інші алкалоїди (папаверин, наркотин, кодеїн тощо) містяться в значно меншій кількості.

Смертельна доза опію — 2-5 г, настою опію — 2-30 г. Отруєння сухим опієм має місце надзвичайно рідко. У судово-медичній практиці трапляються випадки отруєння морфіном, в основному його хлористоводневою сіллю, яку широко застосовують у медицині як знеболювальний засіб.

Морфін — білий кристалічний порошок, дуже гіркий на смак, важко розчиняється у воді. Картина отруєння опієм і морфіном подібна. Смертельна доза морфіну — 0,1-0,2 г.

Опій вводять через шлунок, морфін — через шлунок і шляхом ін'єкції (підшкірно або внутрішньовенно).

Особи, що страждають на наркоманію, можуть приймати *дуже великі дози* морфіну до 2-4 г. При систематичному тривалому прийманні морфіну порушується соматичне здоров'я і психіка, внаслідок чого людина з часом цілком деградує.

При отруєнні спочатку спостерігається ейфорія, яка швидко переходить в пригнічений стан, починається блювання, потім

настає сон, який може закінчитися смертю, що має асфіксичний характер.

Матрицею опійної наркоманії є зміни в імунокомпетентних органах, які домінують і зумовлюють зниження імунних сил організму.

При дослідженні трупа часто констатують звуження зіниць, загальноасфіксичні ознаки смерті. Отруєння опієм і морфіном найчастіше — нещасний випадок, іноді — самогубство, і дуже рідко — вбивство. Морфін тривалий час (до року, навіть більше) зберігається в трупі. Тому судово-токсикологічне дослідження внутрішніх органів трупа може дати позитивні результати і при цих термінах захоронення.

Встановлено, що волосся накопичує деякі речовини — наркотичні засоби та їх метаболіти, метали, нікотин тощо. Тому воно може бути використане для виявлення наркотиків.

Кокаїн отримують із листя південноамериканської рослини Eruthroxulon coca, у медицині застосовують кокаїну гідрохлорид для місцевого знеболювання, найчастіше при очних хворобах та в отоларингології.

Кокаїну гідрохлорид — це білий порошок, добре розчинний у воді. Смертельна доза його при введенні в шлунок 1-1,5 г, підшкірно — 0,2-0,3 г. Проте в шлунок він потрапляє рідко. Найчастіше його вводять підшкірно або в ніс, насипаючи на ватку. Звичайно це роблять особи, які страждають на кокаїнову наркоманію, які поступово збільшують дозу.

Отруєння кокаїном — нещасний випадок або (рідше) самогубство.

У клінічній картині розрізняють дві стадії- збудження і паралічу: спочатку людина збуджується, безпричинно сміється, марить, потім обличчя її різко блідне, починається блювання, слабшає діяльність серця, втрачається свідомість, розладнаються дихання. Смерть, як правило, настає від паралічу дихального центру.

Під час розтину трупа виявляються лише загальноасфіксичні ознаки смерті. Кокаїн в організмі швидко руйнується, проте можуть бути виявлені продукти його розпаду (екгоніну).

Снодійні засоби близькі до наркотиків. Багато з них є

похідними барбітурової кислоти. Найпоширеніші серед них — *веронал, нембутал, барбаміл та ін.*, а також *похідні піридину* (тетридин) і піпіридину (ноксирон). Снодійний ефект мають **транквілізатори** — *еленіум, седуксен, тріоксазин та ін.*

Отруєння снодійними засобами — найчастіше самогубство, рідше — нещасний випадок. Смертельні дози коливаються в межах від 1 до 15 г і більше. Важливу роль відіграє індивідуальна чутливість до певного снодійного засобу і стан організму в момент його приймання. При лікуванні або систематичному безконтрольному прийманні снодійних засобів розвивається звикання до них, внаслідок чого смертельні дози значно збільшуються.

Вважають, що смертельна доза снодійних засобів становить 0,1 г/кг маси тіла. Механізм дії барбітуратів полягає в глибокому пригніченні центральної нервової системи і супроводжується коматозним станом, пригніченням дихального і судинно-рухового центру, розвитком гіпоксії. При дослідженні трупа виявляють загальноасфіксичні ознаки смерті. *Діагностика отруєння грунтується на результатах токсикологічного дослідження вмісту шлунка, сечі, крові та внутрішніх органів. Тільки кількісне виявлення барбітуратів у біологічних середовищах організму дозволяє встановити ступінь інтоксикації і діагностувати смерть від отруєння ними.* Ці отрути зберігаються тривалий час. Так, наприклад, у трупному матеріалі, консервованому формаліном, снодійні засоби можуть бути виявлені через кілька років.

Отрути збуджувальної і судомної дії. До речовин, які характеризуються психотонічною (стимулюючою) дією, належать фенамін, фенетин, атропін, скополамін, до судомних — стрихнін, цикутотоксин.

Атропін — алколоїд, який міститься в деяких рослинах звичайній беладонні (красавці), блекоті чорній, дурмані звичайному. У медичній практиці застосовують препарати цих рослин: екстракт беладони і атропіну сульфат. Смертельна доза атропіну — 0,1 г. Отруєння атропіном найчастіше — нещасний випадок, коли насіння та ягоди цих рослин споживають помилково, вважаючи їх за їстівні. 5-6 ягід звичайної беладонни спричиняють смерть у

дітей, 40-50 ягід — у дорослих.

Іноді спостерігаються випадки самогубства від вживання препарату, що містить атропін. Вбивства — надзвичайно рідке явище.

В разі отруєння атропіном клінічна картина досить характерна: через 10-15 хв. після приймання значних доз виникає сухість у роті і глотці, обличчя червоніє, зіниці розширюються, голос стає хрипким, спостерігаються марення, зорові і слухові галюцинації, приступи шаленства, потім розвивається кома. Смерть, як правило, настає протягом першої доби від паралічу дихального центру і часто має характер асфіксії. При судово-медичному дослідженні трупа виявляють різке розширення зіниць, часто загальноасфіксичні ознаки смерті. Якщо ягоди рослин, які містять атропін, споживають з їжею, то в шлунку і кишках можуть бути виявлені їхні залишки.

Атропін у трупі зберігається тривалий час, тому судово-токсикологічне дослідження внутрішніх органів може виявити його навіть через багато місяців після смерті.

При виявленні в шлунку залишків рослин або їх кореневищ потрібне ботанічне дослідження.

Стрихнін — дуже гіркий на смак алколоїд, який отримують із насіння та кореня блювотного горіха, що росте в Африці і Азії. В медицині застосовують нітрат стрихніну як тонізуючий засіб. Стрихнін має кумулятивні властивості. Його використовують для боротьби з гризунами, хижими звірами. Стрихнін справляє виражену збуджувальну дію на центральну нервову систему, головним чином на спинний мозок. Смертельна доза — 0,03-0,05 г. Отруєння стрихніном у більшості випадків — самогубство, зрідка вбивство. Відомі випадки отруєння внаслідок вживання стрихніну замість хініну.

Клінічна картина отруєння стрихніном досить характерна: після утруднення дихання і ковтання виникає тягучий біль у жувальних м’язах, потерпілий падає, спостерігаються різко виражені тетанічні судоми. Тіло вигинається дугою, дихання різко утруднене, зіниці розширюються, обличчя стає синюшним, напад судом триває 1-2 хв. Потім м’язи розслаблюються, тіло набуває горизонтального

положення. Після невеликої паузи в кілька секунд він знову починається. Внаслідок різкого підвищення рефлекторної збудливості ці напади виникають від найменших впливів: дотику до тіла, хитання підлоги під ногами під час ходіння, тощо.

Напади щоразу довшають, а проміжки між ними коротшають. Смерть, як правило, настає під час п'ятого-шостого нападу і має характер асфіксії. Свідомість звичайно зберігається до моменту настання смерті.

Трупне заклякання настає швидко і тримається довго. При судово-медичному дослідженні трупа виявляються лише загальноасфіксичні ознаки смерті. Стрихнін тривалий час зберігається в тканинах і органах трупа.

Аконітин міститься у рослинах — різних видах аконіту, переважно в їхніх бульбах. Ці рослини поширені в Середній Азії і на Кавказі (голубий жовтець, борець). З усіх алкалоїдів аконітин є найсильнішою отрутою. Смертельна доза його — 0,003-0,005 г. Бульби аконіту помилково іноді вживають у їжу замість хріну або селери. Отруєння аконітином найчастіше — нещасний випадок. Відомі також випадки самогубства і вбивства. Отруєння супроводжується болем у шлунку, блюванням, свідомість у більшості випадків зберігається. Утруднюється мова, слабшають зір і слух, сечовипускання і дефекація відбуваються мимовільно, розладнується дихання, настає параліч. Смерть найчастіше спостерігається від асфіксії.

При судово-медичному дослідженні трупа виявляють загальноасфіктичні ознаки смерті. У шлунку — залишки бульб аконіту.

Отрути з переважною дією на центральну нервову систему. До цієї групи належать міорелаксанти (тубозин, лістенон, диплацин тощо), які вибірково діють на нервово-м'язові синапси, розслаблюючи скелетні м'язи без пригнічення центральної нервової системи. Внаслідок цього вони набули широке застосування в хірургії для розслаблення м'язів при наркозі. Проте у випадку порушення методики застосування їх під час наркозу внаслідок високої чутливості до цих препаратів може настати смерть.

При дослідженні трупа спостерігаються набряк і переповнення кров'ю легень, крапкові крововиливи (петехії) під серозними і слизовими оболонками внутрішніх органів. Діагностика отруєння потребує судово-токсикологічного дослідження крові, сечі, тканин печінки і нирок.

До цієї групи отрут також відносять речовини гангліолітичної дії. Особливу увагу привертає пахікарпін, який вибірково діє на м'язи, внаслідок чого його іноді застосовують для переривання вагітності. Смертельна доза пахікарпіну — 1-2 г.

Клінічна картина отруєння характеризується тим, що після приймання великих доз швидко втрачається свідомість, виникають судоми і протягом 1-2 год. настає смерть.

При дослідженні трупа, як правило, виявляють загальноасфіктичні ознаки смерті. *Для діагностики смертельного отруєння важливе значення мають результати судово-токсикологічного дослідження внутрішніх органів.*

Джерела: [1]; [2]; [6]; [9]; [11]; [12].

Запитання для самоперевірки

1. Як діагностувати отруєння.
2.Первинна дія отрут.
3.Вторинна дія отрут.
4. Отруєння снодійними засобами.

Тема 5. Судово-медична експертиза живих осіб, статевих станів і статевих злочинів та речових доказів.

План

1.Судово-медична експертиза стану здоров'я, симуляції, аггравації, штучних хвороб і самопошкодження.
2. Визначення віку.
3. Встановлення статевої зрілості.

Методичні рекомендації

1. Судово-медична експертиза стану здоров'я проводиться в таких випадках:

1) при неявці особи за викликом слідчого або суду і відмові дати свідчення через хворобу, наявність якої викликає сумніви;
2) при відмові засудженого працювати і наявності у нього скарг на стан здоров'я;
3) в разі відстрочки виконання вироку при засудженні особи до позбавлення волі, виправно-трудових робіт або інших видів покарання внаслідок тяжкої хвороби до її вилікування,
4) при ухиленні від чергового призову на дійсну військову службу та в інших випадках.

Судово-медична експертиза стану здоров'я проводиться, як правило, комісією за участю лікарів кількох спеціальностей в умовах стаціонарного лікувального закладу.

Під час медичних обстежень, а також проведення судово-медичної експертизи лікарям доводиться стикатися з різного роду обманом обстежуваних щодо їхнього стану здоров'я. *Розрізняють такі види обману щодо стану здоров'я або походження хвороби: симуляцію, дисимуляцію та аггравацію, штучну хворобу і каліцтва членів.*

До кримінальної відповідальності винні в цих видах обману особи притягуються лише у випадках, коли він здійснюється навмисно, з корисливою метою і порушенням закону.

Симуляція — відтворення неіснуючої хвороби. Може бути навмисною і патологічною. Навмисна симуляція має корисливу мету, а патологічна такої мети не має і може спостерігатися при деяких нервових і психічних хворобах, наприклад, істерії.

Симуляція може здійснюватись тільки імітацією хвороби або поєднуватись з прийманням деяких нешкідливих для здоров'я речовин. Симулянт — це здорова людина, і, видаючи себе за хворого, не має намірів досягти цього за рахунок розладу здоров'я.

Цілком симулювати весь комплекс симптомів хвороби неможливо, а тому симулюються окремі її ознаки, переважно у вигляді суб'єктивних патологічних відчуттів, а також деяких об'єктивних ознак шляхом приймання різних лікарських засобів, хімічних або інших речовин або домішуванням деяких речовин до виділень організму, які здаються на дослідження до лабораторії. Наприклад, до мокротиння може домішуватись кров, до сечі —

цукор, білок з яєць.

Найчастіше спостерігається симуляція хвороб органів кровообігу, дихання, травлення, нирок і сечових шляхів.

Симуляція функціональних порушень діяльності серця досягається шляхом приймання різних збуджувальних засобів (кава, чай, тютюн) у значних дозах, що може спричинити аритмію. Підвищення артеріального тиску виникає внаслідок приймання лікарських засобів гіпертензивної дії.

Хвороби нирок симулюють шляхом домішування до сечі крові, яєчного білку, сироватки, випивання великої кількості рідини для утворення набряків.

Спостерігаються також інші види симуляції різних хвороб. Лікарями різних спеціальностей розроблено певні прийоми і методи виявлення симуляції, які детально викладено в спеціальних посібниках.

Завдяки використанню сучасних медико-інструментальних, технічних і лабораторних методів діагностики в більшості випадків лікарям вдається розпізнати симуляцію хвороби. Проте при деяких хронічних хворобах, якщо обстеження проводиться в стадії ремісії, неможливо вірогідно встановити або виключити наявність хвороби, а тому до обстежуваного потрібно ставитись як до звичайного хворого, не виказуючи сумнівів щодо наявності у нього хвороби. В таких випадках потрібно через деякий час провести повторне обстеження.

Довести наявність симуляції означає встановити відсутність хвороби або її симптомів, на які вказує обстежуваний. Потрібно виключити можливість патологічної симуляції. Усі скарги обстежуваного мають обов'язково перевірятися за допомогою об'єктивних методів дослідження для виявлення або виключення патологічних змін, якими вони можуть бути зумовлені. Клінічне обстеження завжди має бути повним і вичерпним. Обов'язковою умовою клінічного обстеження для виявлення симуляції є організація постійного непомітного нагляду. Якщо симулянт впевнений, що за ним не спостерігають медичні працівники, він може поводитись зовсім по-іншому: кульгавий починає ходити рівно, незрячий — бачити тощо. Недаремно кажуть, що симулянт

менше бачить ніж сліпий, гірше чує ніж глухий, кульгає більше ніж кривий.

Перед клінічним обстеженням потрібно ретельно зібрати анамнез і вивчити всю наявну медичну документацію за попередні роки. Бажано користуватись оригіналами документів, а не копіями. До аналізу даних, які містяться у документах, слід ставитись критично, тому що не виключена можливість підроблення різних виписок, довідок тощо.

Дисимуляція — це навмисне приховання обстежуваним наявності хвороби або окремих її симптомів з метою введення в оману щодо свого справжнього фізичного, фізіологічного або психічного стану.

Випадки дисимуляції можливі при вступі до вищих і середніх навчальних закладів, під час медичних оглядів осіб, які тривалий час працюють за відповідними професіями (пілоти, водії, моряки та ін.), що передбачають певні вимоги до стану здоров'я. У ряді випадків дисимуляція спостерігається в осіб, які в стані алкогольного сп'яніння скоїли автомобільну аварію з метою приховання факту вживання алкогольних напоїв, а також в осіб, які скоїли тяжкі злочини (зґвалтування, вбивство) і при цьому отримали пошкодження внаслідок опору жертви. Особи, які притягуються до кримінальної відповідальності за зараження венеричними хворобами, вдаються до дисимуляції для приховання наявності такої хвороби зараз, у минулому та факту її лікування.

При встановленні дисимуляції важливу роль відіграють результати клінічних і лабораторних досліджень, за допомогою яких встановлюється наявність об'єктивних симптомів хвороби чи пошкодження або ж факт відхилення від звичайного фізіологічного стану організму, які приховує обстежувана особа.

Судово-медична експертиза при дисимуляції проводиться в тих випадках, коли вона здійснюється зі злочинною метою і коли щодо особи, яка підозрюється в дисимуляції, порушується кримінальна справа.

Аггравація — це перебільшення, посилення проявів наявної хвороби або пошкодження. На відміну від симуляції, коли хвороби немає, при аггравації хвороба, або будь-який патологічний стан

(зниження зору, слуху, кульгавість та ін.) є, проте легкого ступеня. При цьому хворий перебільшує наявні симптоми чи применшує результати лікування. Внаслідок того, що аггравант завжди є хворою людиною, аггравація непідсудна. У випадках виявленої аггравації завданням лікаря є якнайшвидше і найповніше вилікування хворого.

Штучні хвороби. Штучним шляхом можуть спричинятися ураження різних органів і систем. При цьому використовуються методи, які не становлять значної небезпеки для здоров'я і тим більше для життя. Проте в окремих випадках штучні хвороби можуть мати затяжний перебіг і навіть становити небезпеку для життя, наприклад, внаслідок розвитку сепсису та інших ускладнень. Найчастіше спостерігаються штучні хвороби шкіри і підшкірної жирової клітковини, органів зору, слуху, а також терапевтичні і хірургічні хвороби. Вони можуть спричинятися різними хімічними речовинами, в тому числі і лікарськими препаратами, фізичними і біологічними засобами.

Типовою локалізацією штучних хвороб шкіри і підшкірної жирової основи є верхні і нижні кінцівки, де найчастіше виявляються дерматит, виразка, флегмона, пухлина, набряк. Штучний дерматит може спричинятися механічним розчухуванням, прикладанням примочок з розчинами кислот, лугів, бензину, листків і квіток жовтецю їдкого, а також внаслідок опіків сонячним випромінюванням і різними штучними джерелами тепла.

В разі тривалого застосування примочок із кислотами, лугами, та іншими речовинами або при великій їх концентрації виникають виразки. Пухлини спричиняються введенням під шкіру важкорозчинних олій рослинного, мінерального походження (внаслідок чого виникає олєома) або розплавленого парафіну (утворюється парафінома). Введення під шкіру гасу, бензину, скипидару, сторонніх тіл (волосся, марлі), а також інфікованого матеріалу призводить до розвитку абсцесу, флегмони, виразки. Ці патологічні процеси можуть перебігати з вираженою загальною реакцією організму аж до розвитку септичного стану при абсцесі і флегмоні.

Олеома, олеогранульома, парафінома, як правило,

супроводжуються тільки місцевими реактивними змінами запального характеру із можливим розвитком виразок. Спостерігаються ускладнення трофічного характеру, слоновість кінцівок. Розсмоктування відбувається повільно, іноді протягом кількох років, залежно від об'єму введеної олії чи парафіну.

Хімічні речовини та інфіковані матеріали вводять під шкіру за допомогою шприця, після чого на місці уколу виникає крапкова ранка, яка помітна кілька днів.

Діагностичне значення має лабораторне дослідження вмісту абсцесу, флегмони, пухлини. Токсикологічний аналіз дозволяє виявити нафтопродукти, мінеральні масла, мікроскопічне дослідження — волосся, текстильні волокна та інші сторонні включення, характерні гістологічні зміни у вигляді поєднання парафіну чи будь-якого масла та грануляційної тканини, яка розростається. Нафтопродукти також можуть бути виявлені при дослідженні в ультрафіолетовому випромінюванні місць їх введення за характерним світінням.

Із *штучних хірургічних хвороб* найчастіше спостерігаються обмеження рухів, контрактура, анкілоз в суглобах кінцівок, а також атрофія м'язів кінцівок, яка може виникати внаслідок навмисної фіксації кінцівок в певному положенні при виключенні функції.

Штучні хвороби органа зору спричиняються механічними, хімічними, променевими і токсико-алергічними подразниками, які зумовлюють розвиток кон'юнктивіту, кератиту. Наприклад, світлові ураження виникають якщо тривалий час дивитися на сонце, електричну дугу при електрозварюванні, токсико-алергічні хвороби — внаслідок введення в зорову щілину квіткового пилку.

Штучні хвороби органа слуху найчастіше спричиняються механічними чинниками — введенням сторонніх тіл у зовнішній слуховий прохід і проколюванням барабанної перетинки.

Таким чином, діагностика симуляції, аггравації, дисимуляції, штучних хвороб грунтується на повному і вичерпному обстеженні осіб, які підозрюються в таких видах обману, і є діагностикою об'єктивного стану обстежуваних осіб.

При складанні висновків експерт повинен відповісти на такі основні запитання слідства: чи відповідають виявлені скарги і

симптоми наявності будь-якої хвороби, або ж вони спричинені штучним шляхом, якщо вони штучні, то яким способом відтворюються і як давно.

Самопошкодження (каліцтва членів). Найчастіше каліцтва членів досягається шляхом механічного пошкодження. Наявність пошкодження, спосіб його заподіяння і наслідки для здоров'я встановлює судово-медична експертиза, а намір — слідство і суд.

Механічні пошкодження найчастіше наносяться на верхніх і нижніх кінцівках, особливо в ділянках кисті і ступні вогнепальною зброєю, тупими і гострими предметами, транспортними засобами. Характерна їх локалізація в місцях, доступних для дії власної руки. Проте можлива і нетипова локалізація — груди, живіт, плече, стегно та ін.

Вогнепальні пошкодження виникають внаслідок пострілу впритул, або з близької відстані, а тому можливе використання способів приховування об'єктивних слідів пострілу з цих дистанцій шляхом застосування різного характеру прокладок, які поглинають кіптяву, порошинки та інші додаткові чинники пострілу. Ці прокладки можуть бути виявлені на місці події, а їх частинки — в рановому каналі під час хірургічної обробки ран. У зв'язку з цим видалені із ран частинки матеріалу мають бути передані лікарем через слідчого для судово-медичної експертизи.

При дії тупих твердих предметів можливі розтрощення, травматична ампутація кисті або ступні. Для цього, наприклад, може використовуватись рейковий транспорт, ковальські машини, лопасті вентиляторів, преси та інші механізми.

Із гострих предметів для каліцтва членів найчастіше використовують сокиру, якою відрубують кілька пальців кисті або ступні, проте можливе відрубування і одного пальця. Якщо проводиться каліцтво рук, то частіше пошкоджують пальці лівої руки, пояснюючи це нещасним випадком, який стався під час рубання дров або виконання інших робіт. Огляд потерпілого у випадках підозри на спричинення самопошкоджень членів тіла потрібно проводити в максимально короткі строки після травми, бажано до хірургічної операції. Важливе значення має також огляд

місця події, пошук відрубаних пальців. При дослідженні культі і відрубаних пальців у випадках навмисного каліцтва виявляють ознаки неодноразової дії рублячим предметом у вигляді кількох паралельних насічок на кістках або рубаних ран. Важливу роль у виявленні каліцтва членів ріжучим чи рублячим предметом відіграє огляд одягу і взуття. Особа, яка спричиняє самопошкодження, робить їх окремо на тілі, одязі і взутті, причому якщо одяг складається із кількох предметів, то на кожному із них окремо. У таких випадках розміри і напрями пошкоджень на одязі можуть не відповідати один одному, а інколи і пошкодженням на тілі.

При дослідженні пошкоджень взуття у випадках спричинення рубаної рани ступні доцільно провести рентгенівське дослідження взуття, надітого на ногу. Для покалічення членів є характерною невідповідність пошкоджень на нозі і взутті.

Якщо експертиза проводиться в пізні строки, важливу роль відіграють записи в медичній документації щодо первинного вигляду рани, свідчення медичного працівника, який обробляв рану і проводив подальше лікування потерпілого.

Зіставлення об'єктивних даних щодо можливих обставин і механізму виникнення пошкоджень із поясненнями потерпілого, показаннями свідків, а також результатами огляду місця події дозволяє підтвердити або ж відкинути версію потерпілого про обставини спричинення травми. В деяких випадках вирішальне значення мають результати проведених слідчих та експертних експериментів із відтворенням обставин події, фотографуванням або кінозйомкою її основних етапів.

2. *Вік — це період часу від моменту народження організму до теперішнього або будь-якого іншого моменту.* Розрізняють вік *хронологічний*, або *календарний* (паспортний) — проміжок від народження до моменту обчислення і *біологічний* (анатомо-фізіологічний), який характеризує біологічний стан організму. Біологічний вік не завжди відповідає хронологічному, може випереджати його або відставати від нього.

Судово-медична експертиза визначення віку підозрюваного або обвинувачуваного обов'язково призначається, якщо це має значення для розв'язання питання про його кримінальну

відповідальність у випадках відсутності відповідних документів про вік і неможливості їх отримання (п. 5 ст. 76 КПК України). Крім того, визначення віку може проводитись у випадках навмисного його приховування, при сумнівах щодо справжності віку, наведеного в документах. Це стосується лише осіб підозрюваних чи звинувачуваних у скоєнні злочину і лише в тих випадках, коли вік особи має значення для застосування міри покарання.

Згідно Кримінальним кодексом України, кримінальній відповідальності підлягають особи, яким до скоєння злочину виповнилося 16 років.

Особи у віці від 14 до 16 років підлягають кримінальній відповідальності лише за певного виду злочини: вбивство, навмисне заподіяння тілесних пошкоджень, що призводять до розладу здоров'я, згвалтування, крадіжку, пограбування, розбійницький напад, злісне хуліганство, навмисне знищення або пошкодження державного, громадського чи особистого майна громадян, що призводить до тяжких наслідків, а також навмисні дії, які можуть призвести до аварії поїзда.

Особи до 18 років є неповнолітніми, тому у віці 14-15 років злочинці несуть покарання не за всі злочини і не повною мірою. У віці 16-17 років — за всі злочини, проте не повною мірою, у віці 18 років і старше — за всі злочини і повною мірою. Внаслідок цього неповнолітнім правопорушникам вигідно зменшити свій вік на 1-2 роки, щоб уникнути належного покарання. Із наведеного випливає важливе юридичне значення віку 14, 16 і 18 років.

Експертиза визначення віку може проводитись у будь-якому віці, однак, крім зазначеного, частіше встановлюється також вік 55 і 60 років (пенсійний).

Визначення віку проводиться за сукупністю ознак, із яких він виводиться як певна середня величина. Ознаки віку поділяють на дві групи:

1) росту (розвитку);
2) старіння (в'янення).

До *ознак росту (розвитку)* належать у дитячому, підлітковому та юнацькому віці показники росту, маси тіла, окружності грудної

клітки, ступені диференціювання кісток скелета, прорізування молочних зубів і заміна їх на постійні, наявність і ступінь прояву вторинних статевих ознак.

До *ознак старіння* (в'янення) відносять зміни шкіри, волосся, ступінь стирання жувальної поверхні зубів, інволютивні зміни кісткової системи.

У віці 14-18 років важливе значення має наявність і вираженість вторинних статевих ознак. У дівчат враховують: час виникнення, характер і періодичність менструацій (звичайно з 13-14 років); строки появи волосся на лобку і в пахвових ямках (11-13 років); розміри і розвиненість грудних залоз (до 16-18 років звичайно розвинені), колір сосків, пігментацію в ділянці великих статевих губ; розвиток таза, який закінчується в 17-18 років.

У хлопчиків оволосіння на лобку і в пахвових ямках виникає в 13-16 років, полюції в середньому спостерігаються в 15 років, збільшення статевих органів, посилення їх пігментації, а також огрубіння голосу з 16 років. У юнаків з 16-17 років виникає пушкове волосся на верхній губі і підборідді, у 18 років — оволосіння щік.

В подальші періоди життя відбуваються закономірні візуальні зміни стану шкіри обличчя, рук, волосся, ступеня стирання жувальної поверхні зубів. Поява зморшок на обличчі, кистях рук і ступінь їх прояву перебуває у певній відповідності до віку людини. У віці близько 20 років виникають лобові зморшки і носогубні складки; в 25-30 років — зморшки біля зовнішніх кутів повік і позаду вух; 30-35 років — тонкі поздовжні зморшки на повіках, біля вушних раковин, на шиї; 35-45 років — гусячі лапки (зморшки, які віялоподібно розходяться від зовнішніх кутиків очей); після 50 років — на підборідді. Спочатку зморшки і складки шкіри виражені незначно, а потім стають рельєфнішими і поглиблюються.

До 55-60 років на обличчі і руках утворюються невеликі ділянки жовто-бурого кольору, шкіра стає сухою. Після 35-40 років починається поступове посивіння волосся на скронях, 50-60 років — виражене посивіння волосся на грудях, животі і в лобковій ділянці.

Після 40-45 років волосся стає рідшим, іноді починається полисіння, хоч його може і не бути в пізнішому віці, а може виявитися і в молодих осіб. Після 20 років поступово збільшується стирання жувальної поверхні зубів. На підставі ступеня прояву стертості зубів можливо встановити вік з точністю до 5-10 років.

Найважливіше значення для визначення віку має рентгенологічне дослідження стану розвитку кісток. Спостерігається відповідна закономірність між виникненням ядер окостеніння, їх наступним розвитком, строком утворення анатомічного синостозу окремих елементів кісток в одне ціле (табл. 11), яке найменшою мірою залежить від впливу умов життя і екзогенних впливів на організм людини. Для визначення кісткового віку до 20 років застосовують рентгенологічне дослідження процесів окостеніння дистального відділу передпліччя, ступні. В подальші вікові періоди для цього використовують рентгенограми черепа та інших частин скелета. Отримані дані порівнюють із показниками розробленої таблиці.

Після проведення досліджень і отримання необхідних даних в подальшому цифри віку за кожною ознакою потрібно скласти і поділити отриману суму на число врахованих ознак. Якщо середня цифра ближча, наприклад, до 16, то у висновках слід відзначити, що за такими-то даними вік обстежуваної особи у даний час відповідає 16 рокам.

3. Кримінальний кодекс України передбачає відповідальність за статеві зносини з особами жіночої і чоловічої статі, які не досягли статевої зрілості. Осіб чоловічої і жіночої статі до 14 років вважають статево незрілими. Тому згідно з існуючими правилами статеву зрілість визначають у осіб жіночої статі в період 14-17 років, а чоловічої — 14-18 років, що зумовлене офіційно встановленим на Україні шлюбним віком чоловіків і жінок.

Статева зрілість — це фізіологічний стан розвитку організму, який характеризується здатністю до повного виконання статевих функцій без шкоди для здоров'я. Під станом статевої зрілості жіночого організму слід розуміти закінчення його формування, коли статевий акт, запліднення, вагітність, пологи і годування дитини є нормальною функцією і не призводять до розладу здоров'я.

При встановленні статевої зрілості обов'язково враховується

сукупність ознак розвитку організму обстежуваної особи:

1) загальний фізичний розвиток;
2) розвиток зовнішніх і внутрішніх статевих органів;
3) здатність до статевих зносин;
4) здатність до запліднення;
5) здатність до виношування плода;
6) здатність до пологів;
7) здатність до вигодовування дитини.

Щоб оцінити загальний фізичний розвиток організму, проводять антропометрію обстежуваної, визначають кількість зубів і наявність зубів мудрості.

Про досягнення статевої зрілості свідчать такі антропометричні дані:

1) маса тіла не менш як 48-50 кг;
2) зріст стоячи не менш як — 150 см і сидячи не менш як 80 см;
3) довжина тулуба (від VII шийного хребця до куприка) 55-58 см;
4) окружність грудної клітки у спокійному стані 78-80 см, на видиху 73-76 см;
5) окружність плеча на рівні середньої третини 30-31 см;
6) окружність правої гомілки у середній третині 40-41 см.

Кількість зубів має становити не менш як 28. Антропометричні дані є відносними показниками статевої зрілості. Іноді нормальна здорова жінка народжує дитину, маючи деякі антропометричні показники менші від наведених.

Дослідження внутрішніх статевих органів повинно проводитись лікарем-гінекологом за направленням експерта. Оцінюючи результати цього дослідження, потрібно враховувати форму шийки матки (в нормі циліндрична) і співвідношення її довжини з тілом матки (в нормі тіло матки становить 2/3, а шийка матки — 1/3 всієї її довжини). Конічна форма шийки матки свідчить про її недорозвинення (інфантильність).

Здатність до статевих зносин також визначається на основі стану розвитку зовнішніх і внутрішніх статевих органів. У деяких випадках вона настає ще до 14 років.

Здатність до запліднення встановлюється на підставі наявності менструацій, які відображають функціональний стан яєчників. При цьому для об’єктивізації рівня гормональної стимуляції яєчників визначають також глікогеновий індекс вагінальних клітин. Якщо у

мазку кількість клітин, що містять глікоген, становить 50% і більше від загальної їх кількості, то це свідчить про рівень гормональної активності статевозрілої жінки. Виношування плода до кінця нормального терміну вагітності можливе, насамперед, при нормальному розвиткові матки. Якщо матка недорозвинена, настає мимовільне передчасне переривання вагітності — викидень.

Здатність до пологів крім загальнофізичного розвитку організму, залежить, насамперед, від мінімальних нормальних показників розвитку таза: між остями клубової кістки — 23 см, між гребінцями — 26 см, між вертлюгами — 29 см, зовнішня кон'югата — 18 см.

Здатність до вигодовування дитини встановлюється за станом розвитку грудних залоз.

У випадках раннього статевого дозрівання обстежуваної потрібний її огляд лікарем-ендокринологом із метою виключення хвороб ендокринних залоз.

Встановлення статевої зрілості в осіб чоловічої статі проводиться рідко. Статеве дозрівання хлопчиків починається у 10-11 років і закінчується до 17-18 років.

У цей період поряд з інтенсивним фізичним розвитком послідовно відбувається посилений ріст яєчок і статевого члена, їх пігментація, ріст гортані, поява волосся на лобку, нічних полюцій, грубішим стає голос.

Судово-медична експертиза статевої зрілості у чоловіків проводиться спільно з лікарем-урологом. Про досягнення статевої зрілості свідчать виражені вторинні статеві ознаки і достатній розвиток зовнішніх і внутрішніх статевих органів: добре виражений ріст волосся на обличчі (губах, підборідді), оволосіння в пахвових ямках, яке займає всю їх поверхню, оволосіння в лобковій ділянці поширюється на мошонку і внутрішню поверхню верхньої третини стегон, добре помітний при ковтальних рухах щитовидний хрящ, низький тембр голосу, правильний розвиток статевого члена, пігментація, зморшкуватість шкіри мошонки. При дослідженні мають виявлятися нормальні за розміром, еластичні яєчки з чітко відокремленими придатками, чітко обмежена еластична передміхурова залоза, яка має серединну борозенку і частки.

У випадках, коли постає питання про здатність обстежуваного запліднення, проводиться дослідження сперми.

Висновки про досягнення статевої зрілості роблять на підставі

сукупності наведених ознак.

Джерела: [1]; [2]; [6]; [10]; [11].

Запитання для самоперевірки

1. Що таке симуляція.
2. Дайте визначення аггравації.
3. Як встановлюється вік особи.
4. Які методи використовують при встановленні статевої зрілості.

Тема 6. Судово-медична танатологія.

План

1. Правове регулювання аспектів пересадження органів і тканин
2. Визначення давності настання смерті.

Методичні рекомендації

1. Ґрунтовне і всебічне вивчення термінального стану людини зумовило формування таких важливих галузей медицини, як реаніматологія і трансплантологія.

Досвід реаніматології показує, що **реанімація необхідна лише а тому разі, коли можна повністю відновити основні життєво важливі функції організму і повернути людину до життя як особистість.** Якщо ж у найбільш диференційованих відділах головного мозку виникають глибокі дистрофічні і некротичні зміни, то людина як особистість перестає існувати. У таких випадках реанімаційні заходи лише штучно підтримують діяльність серця, дихання, а функції головного мозку не відновлюються. Тому реанімацію вважають безперспективною і загибель мозку розцінюють як еквівалент смерті організму.

Внаслідок того що різні органи і тканини вмирають поступово і їх життєдіяльність після смерті організму як цілісної системи зберігається певний час, сучасна трансплантологія довела можливість пересадження шкіри, рогівки, кісток, суглобів. Вилучення таких органів, як нирки, серце, печінка тощо, та їх використання для трансплантації можливі тільки до появи

абсолютних (вірогідних) ознак смерті, тобто до настання біологічної смерті організму практично здорової людини при наявності у неї несумісних з життям пошкоджень і відсутності пухлин, туберкульозу, інших інфекційних хвороб тощо.

Використання органів від таких донорів для пересадження крім вирішення питань, пов'язаних з проблемою тканинної несумісності, а також труднощами технічного характеру, потребує розв'язання деяких морально-етичних і правових питань:

1) хто може бути потенційним донором;
2) як встановити факт настання смерті;
3) хто з лікарів має право констатувати факт смерті;
4) хто має право використовувати органи і тканини трупа, тобто чи є на це дозвіл або заборона родичів померлого.

Ці важливі питання неодноразово обговорювались на різних міжнародних форумах фахівців, проте єдиного висновку не дійшли і в жодній країні світу досі немає законодавчих актів, які б всебічно висвітлювали цю проблему. При проведенні трансплантації органів і тканин всю повноту відповідальності хірурги, як правило, беруть на себе і керуються лише відомчими наказами та інструкціями.

В Україні вперше це питання було розглянуто на 8 сесії Верховної Ради в 1992 р. В прийнятих "Основах законодавства України про охорону здоров'я" відповідна ст. 47 щодо пересадження (трансплантації) органів та інших анатомічних матеріалів сформульована так:
Тепер розробляється закон про трансплантацію органів і тканин. Досі чинними є накази та інструкції МОЗ України від 1987 р. Ними передбачено, що повне і незворотне припинення життєвих функцій організму встановлюється за такими ознаками: повною та стійкою відсутністю свідомості, стійкою відсутністю дихання при вимкненні апарату штучної вентиляції легень, атонією всіх м'язів, зникненням будь-яких реакцій на зовнішні подразники та рефлексів, стійким розширенням та ареактивністю зіниць, тенденцією до артеріальної гіпотензії (80 мм рт. ст. і нижче) та спонтанною гіпотермією. За цими ознаками смерть мозку констатують лише тоді, коли вони спостерігаються протягом 12 год., а на ЕЕГ реєструється повна відсутність активності мозку. У

цей період штучно підтримуються діяльність серця і дихання. На цій підставі можлива констатація смерті в клінічних умовах та негайне вилучення у таких донорів внутрішніх органів для трансплантації.

Констатація факту смерті має здійснюватись комісією лікарів, до складу якої входять: лікар-клініцист, реаніматолог і судово-медичний експерт. Після констатації настання смерті можуть бути припинені реанімаційні заходи. **Комісія складає два документи: "Акт констатації смерті" і "Акт про вилучення органів і тканин у донора — трупа для трансплантації"**

Дослідження трупа в таких випадках виконує судово-медичний експерт за загальними правилами з зазначенням, які органи і тканини були вилучені, коли і з якою метою.

Право проведення трансплантації органів надається лише тим медичним закладам, які увійшли в перелік МОЗ України, де працюють кваліфіковані фахівці і де є відповідні умови для проведення таких операцій.

2. Перебіг післясмертних процесів дозволяє визначати давність настання смерті, тобто період між часом настання смерті і дослідженням трупа. При цьому враховують як динаміку трупних явищ, так і результати лабораторних досліджень тканин, органів і рідин трупа, які дають можливість об'єктизувати експертні висновки.

Насамперед визначити давність настання смерті можна за *динамікою трупних змін* — вимірюванням температури тіла, дослідженням трупних плям, трупного заклякання. Вважають, що встановити давність настання смерті за допомогою глибокої термометрії внутрішніх органів можна з точністю до 1-1,5 год., а шляхом двозонального динамометричного дослідження трупних плям — до 1-2 год. Трупне заклякання є відносною ознакою для визначення терміну настання смерті. Проте його відсутність свідчить, що давність настання смерті становить менш як 2-4 год. або перевищує 3 доби.

Для визначення давності настання смерті можуть бути застосовані також *суправітальні реакції*, які грунтуються на явищі функціонування деяких тканинних структур і клітин після смерті,

м’язів, потових залоз, сперматозоїдів. Певний час після смерті глікоген може використовуватись як енергетичний субстрат, внаслідок чого м’язи та інші тканини можуть реагувати на подразнення. Так, у ділянці механічного подразнення м’язів тупим твердим предметом виникає *феномен ідіомускулярної пухлини*, який є саркоплазматичною м’язовою контрактурою і спостерігається протягом 6 год. після смерті.

М’язова тканина досить чітко реагує й на електричне подразнення. Так, реакція м’язів очей та нижніх кінцівок спостерігається протягом 12-24 год. після смерті. В той же час досить швидко знижується електрична активність м’язів шиї і лиця. Тепер для дослідження реакції м’язів на електричне подразнення з метою визначення давності настання смерті у судово-медичній практиці рекомендується використовувати спеціальний пристрій генератор тестових впливів.

Реакція м’язів на подразнення хімічними засобами може спостерігатися протягом 24 год. після смерті. Так, внаслідок скорочення м’яза райдужної оболонки очей можна зареєструвати реакцію зіниць, яка характеризується їх звуженням при закапуванні розчину пілокарпіну і розширенням — від розчину атропіну.

Важливу роль у визначенні часу настання смерті відіграє дослідження вмісту травного каналу, якщо відомий час останнього приймання їжі. Так, якщо у шлунку неперетравлена їжа, то вона була прийнята не пізніше як за 2 год. до смерті. Якщо шлунок пустий, то перед смертю їжа не приймалась протягом 2 год. Залежно від характеру їжі вона перебуває у шлунку від 1,5 до 4 год., а потім евакуюється у дванадцятипалу кишку.

Імовірну давність настання смерті можна визначити також за *наповненням сечового міхура.* Якщо він пустий, то найбільш імовірно, що смерть настала на початку ночі, а якщо наповнений сечею — то вранці.

Рухливість сперматозоїдів у трупа спостерігається протягом 10-83 год. після настання смерті.

Визначити давність настання смерті можна і за пізніми трупними змінами, особливо гнильними, та стадією розвитку ентомофауни на трупі, зіставляючи їх із середніми показниками.

Останнім часом проводяться інтенсивні пошуки критеріїв

давності настання смерті за результатами лабораторного дослідження органів, тканин і рідин трупа. Так, розроблено модельні зміни активності у внутрішніх органах дегідрогеназ, трансаміназ, протеаз, коферментів і субстратів гліколітичного та окислювального обмінів. За допомогою біохімічного дослідження органів і рідин трупа — крові, цереброспінальної та синовіальної рідини, випоту перикарда — встановлені посмертні зміни вмісту глікогену, вітамінів, нуклеїнових кислот, білків, молочної кислоти, залишкового азоту, хімічних елементів (фосфор, сірка, калій, натрій, хлор, магній, кальцій) залежно від давності настання смерті. Такі дослідження можна використовувати як додаткові при визначенні терміну давності.

Певну інформацію про термін настання смерті надає і метод "білкового годинника", який грунтується на закономірності післясмертних змін вмісту амінокислот у тканинах трупа. Так, за життя молекули амінокислот перебувають у L-формі, а після смерті з часом перетворюються у свої ізомери — Д-форму. Це явище дістало назву *рацемізації*. За результатами співставлення вмісту L- і Д- ізомерів (наприклад, аспарагінової кислоти) із швидкістю рацемізації можна визначити, скільки часу минуло після смерті.

Проведено дослідження щодо визначення давності поховання за залишками кісток та макро- і мікроскопічними ознаками їх розпаду.

Крім того, проводяться роботи із створення математичних моделей трупних змін, динаміки вмісту у трупі деяких речовин, а також спеціальних формул, які дозволяють враховувати чисельність індивідуальних ознак, внутрішніх і зовнішніх умов, які впливають на перебіг післясмертних змін трупа.

Наведені методи встановлення давності настання смерті ще не набули значного поширення в судово-медичній практиці, оскільки їх використання потребує апробації на значному секційному матеріалі та необхідного устаткування.

Джерела: [1]; [2]; [6]; [8]; [10]; [11].

Запитання для самоперевірки

1. Стадії вмирання.

2.Ймовірні ознаки смерті.

3.Терміни розвитку і зникнення трупного заклякання у різних групах м’язів.

4. Терміни виникнення пізніх трупних змін.

5. Метод «білкового годинника».

Тема 7. **Психіатрична експертиза учасників судового процесу.**

План

1. Підстави для судово-психіатричної експертизи.

2. Права і обов'язки судово-психіатричного експерта

Методичні рекомендації

1. Судово-психіатричні експертизи проводять державні та недержавні судово-психіатричні експертні комісії (СПЕК), що підпорядкуються Міністерству охорони здоров'я (МОЗ) України чи отримали на це відповідний дозвіл (ліцензію). Порядок організації СПЕК визначається відомчими нормативними актами МОЗ України, узгодженими з Верховним Судом, Генеральною прокуратурою, Міністерством внутрішніх справ, Міністерством юстиції України. Згідно з цими нормативними документами СПЕК поділяються на стаціонарні, амбулаторні та стаціонарно-амбулаторні.

Персональний склад СПЕК щорічно затверджується місцевими органами охорони здоров'я, при яких створені ці комісії.

Для проведення стаціонарних експертиз при психіатричних установах створюються спеціалізовані судово-психіатричні стаціонарні відділення для осіб, які утримуються під вартою. В цих відділеннях передбачена зовнішня охорона, яку здійснюють співробітники внутрішніх справ.

Потерпілі й свідки у кримінальних справах, а також підекспертні у цивільних справах, яким призначена стаціонарна судово-психіатрична експертиза, можуть перебувати в загальнопсихіатричних відділеннях та палатах психіатричної установи, де діє стаціонарна СПЕК.

Робота СПЕК організується за зонально-територіальним

принципом, і ці комісії обслуговують судово-слідчі органи відповідних областей. Якщо експертна комісія обслуговує дві області, вона називається міжобласною. Перелік територій, які обслуговує міжобласна експертна комісія, затверджується МОЗ України.

Амбулаторні СПЕК організовуються при одній із психіатричних чи психоневрологічних установ міста, області, Автономної Республіки Крим головними управліннями охорони здоров'я цих регіонів. Психіатричні та психоневрологічні установи, при яких створено амбулаторні СПЕК, надають останнім приміщення для проведення експертизи та утримання осіб, які очікують на експертизу, і забезпечують необхідним обладнанням. Витрати на утримання амбулаторних СПЕК включаються в загальний кошторис установ, при яких вони організовані. Якщо амбулаторні СПЕК створюються безпосередньо у слідчих ізоляторах, необхідні приміщення та обладнання надаються адміністрацією цих ізоляторів.

Якщо в результаті амбулаторної експертизи неможливо відповісти на питання судово-слідчих органів, експерти повинні скласти мотивований висновок про необхідність проведення стаціонарної судово-психіатричної експертизи.

Результати експертних досліджень оформлюються у вигляді акта СПЕК, який підписують усі члени комісії. У разі виникнення розбіжностей у поглядах кожний з них дає окремий висновок і несе особисту відповідальність за проведену ним експертизу і даний висновок.

Судово-психіатрична експертна діяльність здійснюється на принципах законності, незалежності, об'єктивності та повноти дослідження.

Незалежність судового експерта забезпечується процесуальним порядком його призначення, забороною будь-якого втручання у процес експертизи, кримінальною відповідальністю за те, що він може дати свідомо неправдивий висновок, можливістю призначення повторної експертизи, присутністю учасників процесу при проведенні експертизи у випадках, передбачених законом.

Судово-психіатрична експертиза — це дослідження експерта на основі спеціальних знань матеріальних об'єктів, явищ і

процесів, де міститься інформація про обставини справи, якою займаються органи дізнання, попереднього слідства або суду, а також це форма застосування спеціальних знань для вирішення питань, що стоять перед слідством або судом.

Персональний склад експертів для судово-психіатричної експертизи визначає судово-слідчий орган, що призначив експертизу, або керівник медичного закладу, спеціалістам якого доручено проводити експертизу. При цьому кількісний склад експертів не обмежується.

Судово-психіатричний експерт при проведенні експертизи і формулюванні відповідей на запитання судово-слідчих органів керується законодавством України, даними, які містять об'єкти дослідження, і власними спеціальними знаннями.

Підставою для призначення обвинувачуваному судово-психіатричної експертизи можуть бути окремі матеріали справи, що викликають сумнів в осудності та психічній повноцінності обвинувачуваного, і відповідні статті Кримінально-процесуального кодексу України, що передбачають призначення цього виду експертизи. При цьому орган, який призначив експертизу, обов'язково надає експерту матеріали, що спонукають до сумнівів щодо осудності обвинувачуваного.

Початок виконання експертизи відлічується з моменту, коли експерт отримав усі необхідні об'єкти експертизи для того, щоб дати відповіді на поставлені запитання. Завершенням судово-психіатричного дослідження вважається день огляду підекспертного експертною комісією і прийняття нею остаточного рішення.

Експерт не має права розголошувати дані попереднього слідства чи дізнання, які стали відомі йому у зв'язку з проведенням експертизи. За розголошення цих даних, ухиляння чи відмову надати висновки, а також за надання неправдивого висновку експерт несе відповідальність згідно з чинним законодавством.

Розрізняють такі види судово-психіатричної експертизи: первинна, повторна, додаткова, одноосібна, комісійна, комплексна.

За формою проведення судово-психіатричні експертизи поділяються на такі: амбулаторна, стаціонарна, заочна (посмертна), у кабінеті слідчого, під час судового засідання.

Відповідно до процесуального законодавства експертиза призначається тоді, коли у процесі досудового чи судового слідства постає потреба у спеціальних знаннях. Потреба у психіатричних знаннях, що з'являється у процесі судочинства, є фактичною підставою для призначення судово-психіатричної експертизи. Необхідність використання поряд із психіатричними знаннями суміжних з ними наукових знань є підставою для призначення комплексної експертизи (психолого-психіатричної, нарколого-психіатричної, сексолого-психіатричної та ін.).

Найчастіше судово-психіатрична експертиза призначається у зв'язку із сумнівами щодо психічної повноцінності обвинувачуваного, підозрюваного, потерпілого, свідка, цивільного позивача і відповідача, а також особи, щодо якої вирішується питання про цивільну недієздатність. Сумнів у психічній повноцінності означає обґрунтоване припущення про наявність у особи психічного розладу, що може вплинути на юридично значущу поведінку

Судово-психіатрична експертиза обов'язково проводиться в усіх справах про визнання особи недієздатною внаслідок психічного розладу.

У розглянутих випадках судово-психіатрична експертиза призначається обов'язково згідно з прямою вказівкою закону. Водночас така експертиза може стати потрібною для встановлення безпорадного стану потерпілої особи (наприклад, у справах про зґвалтування), у справах про визнання недійсною угоди, укладеної особою в той момент, коли вона не могла усвідомлювати свої дії та (або) керувати ними, а також в інших випадках, коли виникає обґрунтоване припущення про наявність у суб'єкта юридично значущого психічного розладу.

Умовно підстави для призначення судово-психіатричної експертизи поділяються на три групи. До першої групи належать дані, згідно з якими учасник процесу в минулому вже обстежувався психіатром, який діагностував у цієї особи психічний розлад. Це можуть бути також відомості про те, що особа раніше відмовлялася від спостереження у лікаря-психіатра, була госпіталізована і лікувалась у психіатричній лікарні, була визнана у зв'язку з психічним захворюванням непридатною до військової служби,

визнана в іншій справі неосудною або перебувала на примусовому психіатричному лікуванні та ін.

До другої групи обставин, які є підставою для сумніву у психічній повноцінності учасника процесу, належать дані про його неадекватну поведінку (безглузді висловлювання і вчинки, невмотивовані напади агресії тощо) або про прояви психічного розладу, для усвідомлення хворобливого характеру якого навіть не потрібні відповідні медичні знання (наприклад, судомний напад), що є вірогідним свідченням наявності в особи психічного захворювання. Такі відомості можна отримати від осіб, які добре знали підекспертного чи були очевидцями окремих епізодів його неадекватної поведінки.

Відомості про дивну поведінку особи можуть міститись у свідченнях осіб, які беруть участь у справі чи у клопотаннях про призначення судово-психіатричної експертизи. Клопотання може заявити особа, яка має самостійний процесуальний статус (обвинувачуваний, потерпілий, позивач, відповідач та їхні представники). Не має такого права свідок, оскільки його діяльність у процесі обмежується тільки даванням показань. Кожне заявлене клопотання підлягає розгляду суб'єктом, який здійснює провадження у справі. Відмовлення в задоволенні клопотання повинно бути мотивованим. Крім того, згадану неадекватну поведінку суб'єкта може безпосередньо спостерігати слідчий або суддя у процесі слідчих (судових) дій.

Третю групу розглядуваних обставин становлять заяви і повідомлення власне громадянина про свої хворобливі переживання й суб'єктивні відчуття зорових, слухових галюцинацій чи інші скарги на наявність у нього розладів психічної діяльності.

Водночас правило про обов'язкове призначення судово-психіатричної експертизи з мотиву тяжкості інкримінованого діяння поширюється тільки на справи про вбивство.

Отже, такими є фактичні підстави для призначення судово-психіатричної експертизи. За результатами зібраних доказів слідчий (суд) повинен самостійно переконатися в необхідності проведення судово-психіатричної експертизи. Юридичною підставою для проведення цієї експертизи є постанова (ухвала) про її призначення, винесена особою, яка здійснює дізнання, слідчим,

прокурором або суддею.

2. Термін "судово-психіатричний експерт" вживається у двох основних значеннях. Згідно з першим, судово-психіатричний експерт — це співробітник судово-психіатричної експертної установи, у посадові обов'язки якого входить проведення судово-психіатричних експертиз. Друге значення має процесуальний характер. У процесуальному значенні судово-психіатричний експерт — це особа, яка не є співробітником експертної установи, але якій у передбаченому законом порядку доручено проведення судово-психіатричної експертизи.

Судово-психіатричний експерт як співробітник експертної установи є службовцем, на якого поширюються норми законодавства про працю (робочий час, відпочинок, трудова дисципліна, посадовий оклад тощо), а також правила внутрішнього трудового розпорядку установи, де він працює.

Судово-психіатричний експерт у другому значенні — це самостійна процесуальна фігура, діяльність якої регламентується відповідними положеннями Кримінально-процесуального і Цивільного процесуального кодексів України. Ці положення можуть не збігатися з нормами трудового права.

Так, співробітник експертної установи зобов'язаний виконати вказівки вищої посадової особи, що перебувають у межах його компетенції. За порушення службових обов'язків судово-психіатричний експерт як службовець несе дисциплінарну відповідальність.

Експерту, який проводить конкретну експертизу, ніхто не має права давати жодних вказівок щодо її проведення. При проведенні конкретної експертизи у складі комісії всі експерти процесуально рівноправні незалежно від того, яку посаду вони обіймають. За порушення процесуальних вимог експерти можуть нести не тільки дисциплінарну, а й юридичну відповідальність (наприклад, за те, що дали свідомо неправдивий висновок).

Згідно з Кримінально-процесуальним і Цивільним процесуальним кодексами всі судово-психіатричні експерти мають певні процесуальні права і процесуальні обов'язки, що має сприяти успішному проведенню експертизи.

Основним обов'язком експерта-психіатра є дослідження

наданих йому об'єктів і матеріалів, включаючи психіатричний огляд підекспертного і складання об'єктивного висновку з питань, поставлених судово-слідчим органом, що здійснює розслідування у справі.

Крім того, експерт-психіатр зобов'язаний:

- з'явитися за викликом в орган, що призначив експертизу. Виклик може зумовлюватись необхідністю здійснення експертних досліджень у кабінеті слідчого чи в залі суду або потребою допитати експерта з приводу проведеної ним експертизи;

- заявити самовідвід за наявності підстав, передбачених законом;

- повідомити в письмовій формі про неможливість дати експертний висновок, якщо поставлені питання виходять за межі його спеціальних знань або коли наданих йому матеріалів недостатньо для того, щоб дати висновок;

- не розголошувати дані попереднього розслідування без дозволу органу дізнання, слідчого, прокурора;

- проводити експертизу у присутності слідчого в його кабінеті.

Якщо, на думку експерта, присутність слідчого може негативно позначитись на експертному дослідженні (значно ускладнити необхідний психологічний контакт із підекспертним), він має право просити слідчого про проведення експертного дослідження наодинці з підекспертним. Однак остаточне рішення залишається за слідчим.

За невиконання або неналежне виконання перелічених обов'язків експерт-психіатр несе юридичну відповідальність — дисциплінарну і кримінальну. Кримінальна відповідальність настає за розголошення даних попереднього розслідування, а також за свідомо неправильний експертний висновок. Експерт, що дав неправильний висновок через недбалість або неправильно вибрану методику дослідження та з інших подібних причин, кримінальної відповідальності не несе, але може бути притягнутий до дисциплінарної відповідальності. Водночас експерт-психіатр має такі процесуальні права:

- ознайомлюватися з матеріалами справи, що стосуються предмета експертизи; за загальним правилом одержувати матеріали

кримінальної чи цивільної справи в повному обсязі (медична документація досліджуваного є складовою цих матеріалів); у разі направлення на експертизу особи, яка перебуває під вартою, одержувати особисту справу заарештованого;

- клопотатися про надання додаткових матеріалів, необхідних для того, щоб дати висновок;

- бути присутнім з дозволу слідчого чи суду при виконанні слідчих (судових) дій, ставити допитуваним запитання, що стосуються предмета експертизи, і просити занести у протокол вагомі обставини для того, щоб дати в подальшому об'єктивний висновок;

- радитися у процесі проведення експертизи з іншими експертами комісії;

- вказувати у своєму висновку обставини, через які не були поставлені необхідні запитання органом, який призначив експертизу, за умови, що ці обставини мають значення для справи і не виходять за межі компетенції експерта; зазначена правомочність експерта називається правом експертної ініціативи;

- викладати на допиті свої показання особисто;

- одержувати відшкодування витрат, пов'язаних із з'явленням за викликом слідчого, судді, відрядженням (проїзд, наймання житла, добові), а також винагороду за проведення експертизи; якщо проведення експертизи входить у службові обов'язки лікаря-психіатра, він не має права на додаткову винагороду за проведену експертизу.

Експерт-психіатр має право відмовитися від проведення експертизи і надання висновку не тільки через те, що поставлені питання виходять за межі його психіатричних знань або недостатньо матеріалів про об'єкт дослідження, а й з інших причин. До підстав для відмови експерта-психіатра від проведення експертизи належать такі:

- відсутність у місці проведення експертизи умов для нормальної експертної роботи (характерно для експертиз, які проводяться поза експертною установою: у кабінеті слідчого, у приміщенні СІЗО, у залі суду);

- неможливість вирішення експертного питання за сучасним рівнем розвитку наукових знань;

- відмовлення особи від проходження експертизи, проведення якої без її згоди неможливе (не потрібна згода підозрюваного, обвинувачуваного, підсудного). Потерпілі й свідки, позивачі й відповідачі піддаються експертизі тільки з їхньої добровільної згоди чи зі згоди їх законних представників (це стосується неповнолітніх і осіб, які визнані судом недієздатними).

Експерт-психіатр не має права повідомляти будь-кому результати проведеної експертизи без дозволу установи, яка її призначила.

При проведенні судово-психіатричної експертизи експерт зобов'язаний зберігати таємниці, які охороняються законом (дані попереднього слідства, лікарську таємницю). Повідомлення експертом-психіатром у своєму висновку чи у процесі свого дослідження відомостей, що становлять лікарську таємницю, зрозуміло, не можна вважати її розголошенням. Тому експерту-психіатру варто повідомляти тільки ті відомості, що становлять лікарську таємницю: стосуються предмета конкретної експертизи; безумовно необхідні для відповіді на поставлені питання.

Згідно з чинним законодавством на експерта-психіатра забороняється покладати обов'язки, не передбачені процесуальним законом і не сумісні зі статусом судового експерта. Тому експерта можна допитувати, але тільки з обставин, що стосуються предмета проведеної ним експертизи, і саме як експерта, а не як свідка. Як свідок експерт-психіатр може допитуватися в судовому засіданні, якщо він дав професійний висновок на адвокатський запит.

При проведенні судово-психіатричної експертизи кількома експертами діє принцип їхньої процесуальної рівноправності. На кожного з них незалежно від місця роботи і обійманої посади в повному обсязі поширюються права і обов'язки, надані судовому експерту процесуальним законом.

З принципом процесуальної рівноправності експертів тісно пов'язано положення про те, що експерт завжди дає висновок від власного імені й несе за нього особисту відповідальність. Експерти, які дійшли одностайної думки, мають право підписати спільний висновок. Експерт чи експерти, не згодні з думкою інших членів експертної комісії, дають власний висновок, а установі, яка призначила експертизу, направляють всі експертні висновки.

Принципу процесуальної рівноправності експертів і положення про особисту відповідальність кожного з них за даний висновок повинні неухильно дотримуватися всі без винятку експертні установи. Між членами СПЕК експертна робота поділяється так: голова комісії здійснює загальну організацію її діяльності та координує дії всіх її членів, лікар-доповідач здійснює первинний огляд підекспертного, заповнює медичну документацію, доповідає на засіданні експертної комісії про зібрані матеріали кримінальної чи цивільної справи, а також про результати обстеження підекспертного. Зміни щодо функціональних обов'язків голови, членів комісії і лікаря-доповідача припустимі лише за умови, що вони не порушують процесуально-правових положень — рівноправності експертів, особистої відповідальності кожного з них за проведене дослідження і даний висновок.

Особи, які беруть участь у судово-психіатричній експертизі, повинні бути компетентними (мати знання, необхідні для надання висновку) і об'єктивними (не мати особистого інтересу до результату справи). Якщо особа не відповідає зазначеним вимогам, вона не має права проводити експертизу і підлягає відводу. Крім того, експерт-психіатр підлягає відводу у справі, якщо він є безпосереднім учасником процесу або родичем будь-кого з учасників процесу, або перебуває у службовій чи іншій залежності від слідчого, прокурора, судді, обвинувачуваного, потерпілого, позивача чи відповідача. Експерт підлягає відводу й у разі виявлення його некомпетентності.

Джерела: [3]; [4]; [5].

Запитання для самоперевірки

1.Кто може бути об’єктом судово-психіатричної експертизи.

2.Види психіатричної експертизи.

3. Якими нормативними актами регулюється психіатрична експертиза.

Тема 8. Судово-психіатрична експертиза психічних розладів і захворювань.

План

1. Клінічна психопатія.
2.Симуляція і дисимуляція психічних розладів

Методичні рекомендації

1. Клінічна психопатологія, як і медична наука загалом, складається із симптомів, синдромів і нозологічних одиниць, що наведені у міжнародній класифікації хвороб МКХ-10.

Симптом — це ознака захворювання, якісно новий, невластивий здоровому організму феномен, який можна виявити за допомогою клінічних методів дослідження. Симптом передбачає не тільки появу будь-якого нового, незвичного явища, а й відсутність нормального. При дослідженні клінічної картини захворювання розрізняють функціональні та органічні, сприятливі та несприятливі симптоми.

Синдром — це стійка сукупність симптомів з єдиним патогенезом. Синдром може відбивати клінічну картину захворювання взагалі або його частини. Синдром не рівнозначний захворюванню як нозологічній одиниці, тому що може бути пов'язаний з різними захворюваннями.

Психічні хвороби виявляються у вигляді порушення процесів відчуття, сприймання, пам'яті, мислення, уяви, інтелекту, свідомості, емоцій та волі.

Розлади відчуття. Відчуття — це відображення окремих властивостей предметів і явищ при безпосередній дії подразників на органи чуття. У відчуттях людині відкриваються кольори, звуки, пахощі, смак, вага, тепло чи холод речей, що її оточують. Крім того, відчуття дають людині інформацію про зміни в її власному тілі: вона відчуває порушення у функціонуванні внутрішніх органів, положення і рух як усього тіла, так і окремих його частин.

Гіперестезія — підвищене сприймання людиною звичайних зовнішніх подразників, які є нейтральними для неї в нормальному стані. Наприклад, коли звичайне денне світло осліплює людину, колір навколишніх предметів сприймається незвичайно яскравим, а їх контур — надто чітко і контрастно, звуки оглушують, дотик одягу до тіла сприймається болісно, неприємно.

Гіпестезія — знижене сприймання людиною звичайних

зовнішніх подразників. Наприклад, коли навколишні предмети сприймаються нечітко, неяскраво, такими, що втратили форму, чуттєву конкретність, немов застигли і не рухаються.

Сенестопатії — різноманітні неприємні, обтяжливі відчуття, які виникають у різних частинах тіла, втрачаючи предметність.

Розлади сприймання. Сприймання — це відображення цілісних предметів і явищ при безпосередній дії подразників на органи чуття. Так, коли людина перебуває в оточенні звичайних речей, у неї формуються цілісні образи навколишніх предметів. Вона бачить ці предмети, чує їх звучання, торкається їх.

Ілюзії — помилкові сприймання людиною реальних предметів і зовнішніх подразників.

Галюцинації — сприймання, що виникають без реальних об'єктів у різних рецепторних полях (зір, слух, смак, нюх, дотик, загальне чуття). У цьому зв'язку розрізняють галюцинації зорові, слухові, смакові, нюхові, тактильні (дотикові) та вісцеральні (загального чуття). Крім того, галюцинації поділяються на прості та складні, рухомі та нерухомі, істинні та псевдогалюцинації.

Розлади пам'яті. Пам'ять — це відображення предметів і явищ дійсності у психіці людини в той час, коли вони вже безпосередньо не діють на її органи чуття. Пам'ять включає такі процеси: запам'ятовування, зберігання, забування та відтворення.

Дисмнезії — різні види послаблення пам'яті у вигляді зниження запам'ятовування, зберігання та відтворення інформації.

Амнезія — відсутність пам'яті щодо певного проміжку часу.

Ретроградна амнезія — випадіння з пам'яті подій, які безпосередньо передували безтямному стану чи іншому порушенню психічної діяльності.

Антероградна амнезія — втрата спогадів про події, що відбувалися після безтямного стану чи іншого розладу психіки.

Фіксаційна амнезія — втрата можливості запам'ятовування, відсутність пам'яті щодо поточних подій.

Кофабуляції — неправдиві, помилкові, хибні спогади про події, які ніколи не відбувалися.

Розлади мислення. Мислення — це процес опосередкованого й узагальненого відображення людиною предметів і явищ об'єктивної дійсності в їхніх істотних властивостях, зв'язках і

відносинах. Відображення на стадії мислення відрізняється від чуттєвого пізнання на стадії сприймання тим, що мислення відбиває дійсність опосередковано, за допомогою мисленнєвих операцій, мови й мовлення, письма, знань тощо.

Розлади мислення поділяються на три групи: специфічні види патологічного мислення — маячення та обсесії; розлади перебігу думок — прискорення, загальмованість, ґрунтовність; порушення відчуття володіння своїми думками — розірваність, паралогічність.

Прискорення мислення — це збільшення кількості асоціацій і легкість їх виникнення, думки виникають безперервно, висновки поверхневі. Постійно прискорюючись, мислення може відбуватись у вигляді стрибків ідей, калейдоскопічної зміни думок, образів, уявлень. Зміст мислення в таких випадках постійно змінюється залежно від вимовленого слова, речей, які потрапили в поле зору.

Розірваність, безладність мислення — втрата здатності до створення асоціативних зв'язків, аналізу, синтезу, узагальнення. Наприклад, коли мова складається з набору окремих слів, які вимовляються хаотично і граматично не взаємопов'язані.

Загальмованість процесу мислення — уповільнення виникнення асоціацій і зменшення їх кількості. Наприклад, коли думки і уявлення створюються важко, їх мало, зміст одноманітний. Хворі на загальмованість процесу мислення скаржаться на втрату здатності мислити, послаблення розумових здібностей, інтелектуальну неспроможність.

Докладність, ґрунтовність мислення — загальмованість створення нових асоціацій через існування попередніх. При цьому людина втрачає здатність розрізняти основну і другорядну, суттєву і несуттєву, що призводить до зниження продуктивності мислення. Наприклад, при викладенні будь-яких думок залучає непотрібні деталі, старанно описує дрібниці, що не мають жодного значення.

Паралогічне мислення — поєднання непорівнянних обставин, явищ, положень; протилежних ідей, образів з довільною заміною одних понять іншими, втратою логічних зв'язків.

Нав'язливі явища (обсесії) полягають у тому, що у хворих примусово, нездоланно виникають думки, уявлення, спогади, сумніви, страхи, бажання, дії, рухи при усвідомленні їх хворобливості та критичному до них ставленні.

Маячення — некориговане встановлення зв'язків і відношень між явищами, подіями, людьми без реального підґрунтя. Ідея вважається маячною, коли вона не відповідає дійсності, викривлено відбиває реальність, повністю охоплює свідомість, попри наявні суперечності стає недоступною для виправлення. Найчастіше виникають маячні ідеї переслідування, отруєння, відношення, іпохондричні та сутяжно-кверулянтські.

Розлади емоцій. Емоції — це суб'єктивний стан людини, який виникає у відповідь на вплив зовнішніх чи внутрішніх подразників і виявляється у вигляді переживань.

Для депресивного (меланхолічного) синдрому характерні знижений настрій, загальмованість мислення та рухів. При цьому оточення сприймається людиною в темному світлі; речі, що приносили задоволення в минулому, втрачають зміст і значення, перестають бути актуальними; у пам'яті спливають тільки переоцінені колишні образи, нещастя та неправильні вчинки, минуле сприймається як ланцюг помилок, а майбутнє — похмурим і безрадісним. Хворі цілими днями сидять в одній позі з низько опущеною головою, рухи вкрай загальмовані, вираз обличчя скорботний, прагнення до діяльності відсутнє.

Депресивна симптоматика може поєднуватися з астенічною, тривожною, дисфорічною, вегетативною, соматичною, сенестопатичною, іпохондричною, ажитованою симптоматикою, а також з маячними ідеями переслідування, відношення, отруєння, завданої шкоди тощо.

Для маніакального синдрому характерні підвищений настрій, прискорене мислення, балакучість, потяг до діяльності. Хворі виглядають жвавими, веселими, підвищено відвертими, оптимістично налаштованими, відчувають підвищену бадьорість, прилив сил та енергії. Попри прискорене мислення і бажання діяти, хворі залишаються неспроможними завершити розпочату справу, часто потрапляють у безглузді ситуації, не здатні критично оцінити власну діяльність і хворобливий стан.

Розлади волі. Воля — це особлива форма активності людини, що полягає у здійсненні дій, скерованих на усвідомлену мету, і потребує зусиль для подолання зовнішніх і внутрішніх перешкод на шляху до цієї мети.

Гіпобулія — зниження вольової активності, обмеженість спонукань до діяльності.

Абулія — відсутність спонукань, втрата бажань, цілковита бездіяльність.

До розладів волі належать також такі патологічні стани інстинктів:

поліфагія — надмірне вживання їжі;

анорексія — відмовляння від їжі;

гіперсексуальність — посилення статевого потягу;

гіпосексуальність — послаблення статевого потягу (імпотенція у чоловіків, фригідність у жінок);

садизм — статеве збудження під час нанесення партнеру фізичної болі;

мазохізм — статеве збудження при фізичному та моральному приниженні;

фетишизм — статеве збудження та задоволення при розгляданні, обмацуванні одягу особи протилежної статі;

ексгібіціонізм —статеве збудження при демонстрації своїх статевих органів особі протилежної статі;

гомосексуалізм і лесбіянство — статеві зв'язки з особами своєї статі;

зоофілія — статевий потяг до тварин;

педофілія — статевий потяг до дітей;

геронтофілія — статевий потяг до осіб похилого віку;

нарцисизм — самозакоханість, статевий потяг до власного тіла;

вуайєризм — статеве збудження та задоволення при підгляданні за статевим актом інших осіб.

Розлади свідомості. Деперсоналізація — розлад самосвідомості, відчуття втрати, зміни, роздвоєння чи відчуження власного Я.

Дереалізація — стан, коли довкілля сприймається нечітко, неясно, нереально, розмито, прозоро, безбарвно.

Порушення орієнтирів у місці, часі та власній особистості виявляються при деліріозних, аментивних та онейроїдних станах.

2.Симуляцією психічного захворювання є свідома удавана поведінка, що полягає в демонструванні неіснуючих ознак

психічного розладу чи у штучному викликанні їх у себе за допомогою медикаментозних засобів.

Серед симулянтів переважають особи з повторними правопорушеннями, соціально і педагогічно занедбані, а також характерологічно деформовані умовами тривалої ізоляції у специфічному мікросередовищі. Це пояснюється великою поінформованістю таких осіб у практиці призначення і здійснення судово-психіатричної експертизи. Симулятивна поведінка найчастіше спостерігається у підслідних, ніж у засуджених. Це пояснюється напруженістю і невизначеністю слідчої ситуації, що активізує захисні тенденції особистості. Симуляція у осіб, що перебувають під слідством, може виникати на будь-якому етапі, але найчастіше з'являється під час взяття під варту, пред'явленні обвинувачення, при ознайомленні з матеріалами справи чи під час судового розгляду.

У засуджених симулятивна поведінка найчастіше з'являється при зміні режиму утримання, відмовленні в достроковому звільненні тощо. Велике значення мають характерологічні особливості особистості — здатність до наслідування, перевтілення, багата уява, навіюваність і водночас витримка, цілеспрямованість.

Розрізняють три варіанти симуляції:

- попередня, тобто в період, що передує злочину, з метою створити думку про протиправну дію як акт, вчинений у стані психічного захворювання;

- навмисно здійснювана в період правопорушення з метою приховування мотивації;

- після здійснення правопорушення, як свідома, цілеспрямована поведінка з метою уникнути відповідальності.

У судово-психіатричній практиці найчастіше спостерігається останній варіант.

Існує два способи симуляції:

- власне психічного захворювання, коли поведінкою і висловлюваннями підекспертний намагається відтворити патологічний стан психіки (якого немає й не було). Іноді для цього приймають спеціальні лікарські засоби, які тимчасово викликають стан, що може створити враження психічного захворювання;

- анамнезу, коли симулянти подають помилкові відомості про патологічний стан, який нібито виявлявся в минулому. У такий спосіб створюється враження про перенесене в минулому психічне захворювання, якого насправді не було. При симуляції анамнезу в окремих випадках попередньо інструктуються родичі, які в разі потреби сповістять вигадані відомості про неправильну поведінку підекспертного в минулому. Іноді такі особи попередньо госпіталізуються до психіатричного стаціонару чи звертаються до психоневрологічного диспансеру з певним комплексом наперед продуманих скарг для створення ілюзії перенесеного психічного розладу.

Останнім часом, як засвідчує судово-психіатрична практика, однаковою мірою виявляються обидва способи симуляції.

Симуляція психотичного стану найчастіше виявляється у вигляді відтворення окремих його симптомів чи синдромів психічного захворювання (ступор, психомоторне збудження, слабоумство, галюцинації) і рідко однієї його клінічної форми. При цьому відтворюються несумісні симптоми різних психічних хвороб. Окремі психотичні симптоми дуже важко піддаються наслідуванню, а тому потребують від особи величезного напруження емоцій і сил. До таких симптомів належать, наприклад, мовне і рухове збудження при маніакальному стані, мовна сплутаність тощо. На відміну від психічно хворих здорові особи в таких випадках швидко втомлюються.

Демонстрування зміненого мислення і окремих видів слабоумства так само становить для симулянта великі утруднення, оскільки потребує тривалої напруженої уваги під час розмови. Тому до таких форм симуляції психічно здорові особистості вдаються рідко. Досвідченіші підекспертні імітують симптоми, які не потребують пізнань у психіатрії, а також великих витрат фізичних і психічних зусиль і легко автоматизуються.

Як свідчить судово-психіатрична практика, найчастіше симулюється депресія з монотонною поведінкою, невиразною мімікою, установкою на неприступність, що виявляється в ухильних коротких відповідях. Водночас спостерігаються рухова загальмованість, відмовляння від їжі з посиланнями на можливість отруєння, а також демонстративні суїцидальні прояви

(висловлювання, готування, спроби, незначні самоушкодження). Часто на цьому тлі симулюються елементарні галюцинаторні розлади, переважно зорового характеру (вбрані в чорне загрозливі постаті, страшні обличчя тощо), а іноді слухові обмани сприймання (голоси), маячні ідеї переслідування (стежать, дивляться).

Іноді стан загальмованості чи гіпоманії виявляється не весь період симулятивної поведінки, а епізодично.

Оскільки симуляція є індивідуальною творчістю, вона відбиває особливості особистості. Тому вибір симптомів, які симулюють, залежить в основному від поінформованості в галузі психіатрії, знань, отриманих зі спеціальної літератури, особистих переживань у минулому і спостережень за поведінкою душевнохворих, а також від існуючих у різні часи в суспільстві уявлень про причини і симптоми психічних захворювань. Усе це зумовлює значну різноманітність проявів симуляції, відсутність будь-яких закономірностей у прояві удаваних симптомів.

Зауважимо також, що у зв'язку з виявлюваним патоморфозом психічних захворювань змінюються і прояви симуляції.

Якщо в минулому найчастіше симулювалися судомні напади, у 30-ті роки XX ст. — маячні синдроми, афективні розлади і слабоумство, то в 60-ті роки найчастіше ізольовані симптоми — мутизм, елементи псевдодеменції. Останнім часом знову збільшується кількість випадків симуляції з проявом маячних ідей, різних за структурою і змістом. Найчастіше висловлюються ідеї переслідування, впливу (апаратами, променями, гіпнозом), іпохондричного характеру (твердження про невиліковне захворювання, найчастіше про рак). Часто демонструються і продуманіші, ретельно підготовлені й подані ідеї винахідництва. Так, підекспертні заявляють, що тривалий час займаються розробкою "наукових проблем", винаходять нові двигуни, способи лікування невиліковних захворювань тощо. Усі ці висловлювання звичайно підкріплюються відповідними малюнками, схемами, кресленнями і записами, де помічається характерний зв'язок цієї продукції з минулим досвідом особистості, її інтересами, захопленнями і схильностями.

Виявляються й нові форми симулятивної поведінки, зокрема твердження про спілкування з космосом, інопланетянами,

скарження на внутрішні голоси, розлади мислення ("порожнеча в голові", "відсутність" і "обривання думок"), переживання, що виявляються при синдромі психічного автоматизму ("уроювання чужих думок", "ніби щось штовхає, змушує робити неприємне"). Ці висловлювання зазвичай повторюються більшістю підекспертних у заштампованій та одноманітній формі.

На початку симуляції поведінка таких підекспертних має мінливий, немов би пошуковий характер. Вони з обережністю спілкуються з лікарем, уважно стежать за справленим на нього враженням. Уловивши сумнів у тоні співрозмовника щодо своїх висловлень, відмовляються від них, демонструють інші, змінюють манеру поведінки з лікарем і оточуючими, а також вибирають інші симптоми для симуляції.

З огляду на утруднення розпізнавання симуляції експертизу осіб, які підозрюються у симулятивній поведінці, необхідно здійснювати у стаціонарних умовах. Тільки при тривалому динамічному спостереженні в різних ситуаціях — під час розмов з лікарями, комісіями, а також у відділенні стаціонару — можливий поглиблений аналіз сукупності всіх отриманих даних з метою обґрунтування висновку про наявність симуляції.

В усіх подібних випадках необхідно порівнювати відомості, які надаються підекспертними та їх рідними, з об'єктивними даними, що підтверджують чи спростовують їх.

Крім того, у випадках симуляції може виявитися невідповідність змісту хворобливої симптоматики манері її демонстрування. Так, підекспертні активно й настирливо скаржаться на постійні головні болі, загальну млявість, слабкість, тугу, але висловлюються з відтінком злостивості, роздратування, у стані емоційного напруження, що не відповідає демонстрованій тузі та іншим скаргам астенічного кола.

В інших випадках попри складність пропонованих скарг, що імітують галюцинаторно-параноїдний синдром, який, як правило, різноманітний за проявами, хворі описують свій стан одноманітно, а якщо їх перебивають, починають повторювати все спочатку, щоб нічого не пропустити, ретельно обмірковують кожне слово.

Осіб, які демонструють маячні ідеї різного змісту краще не перебивати, оскільки вони дуже швидко виснажуються. На відміну

від багатослівних хворих на шизофренію з порушеннями мислення ці підекспертні одразу зупиняються, очікуючи додаткових запитань.

Часто підекспертний, що імітує шизофренію, скаржиться на самотність, емоційний холод, не хоче ні з ким спілкуватися, однак для хворого на шизофренію самотність — це потреба і тому не може бути скаргою. Таке порушення цілісної клінічної картини створює "зайві" симптоми (наприклад, образні яскраві зорові галюцинації в поєднанні з резонерськими міркуваннями і "голосами" чи поєднання складних маячних ідей з елементами псевдодеменції).

При відтворенні маячних переживань виявляється невідповідність маячної ідеї емоційному фону, відсутність охоплення особи маячними переживаннями, як це властиво для психічно хворих. Зміст маячних ідей викладається ухильно, непевно, часом схематично з відтінком роздратування і злостивості. Маячні ідеї величі, переоцінки власної особистості викладаються на тлі пригніченості, що відповідає психо-травмуючі ситуації і не супроводжуються піднесеним настроєм, як у справді маячних хворих.

При розпізнаванні симуляції важливою ознакою є особливості поведінки підекспертних, яка так само відбиває невідповідність поєднання окремих проявів у структурі синдрому. У більшості випадків пропоновані маячні ідеї, образні й яскраві зорові галюцинації не позначаються на їх поведінці у відділенні, яка залишається правильною, відповідною до конкретних обставин.

Якщо підозрювані в симуляції висловлюють маячні ідеї отруєння, вони демонстративно відмовляються їсти, відштовхують тарілки, і водночас охоче харчуються, коли їх ніхто не бачить, віддаючи перевагу продуктам з передач.

Особи, які демонструють слабоумство, порушену орієнтацію в навколишньому середовищі, нерозуміння причин направлення на експертизу, водночас читають і пишуть листи, уважно перечитують список продуктів з передачі, вміло обстоюють власні інтереси. Поведінка при симуляції незважаючи на різні її форми завжди має диференційований характер, а властива цим особам форма поведінки з демонстративним перебільшенням симптоматики

спостерігається лише при розмовах з лікарями чи медперсоналом. У відділенні, коли підекспертний вважає, що за ним ніхто не спостерігає, поводиться правильно, його міміка і рухи відповідають обставинам, він правильно орієнтується у справах відділення, знає до кого з яким проханням звернутися. Підозрювані в симуляції попри демонстровану симптоматику охоче спілкуються з оточуючими, переважно з психічно здоровими підекспертними, слухають радіо, виявляють інтерес до телепередач. Однак побачивши лікаря, одразу змінюють форму поведінки на "хворобливу". При цьому в них відновлюється демонстративна міміка, яка відбиває переляк чи повне нерозуміння навколишнього.

При пред'явленні скарг на епілептичні напади у осіб, що підозрюються в симуляції, дослідження біоелектричної активності головного мозку (електроенцефалографія) не виявляє судомної готовності, яка існує у хворих на епілепсію.

Особливо велике значення для діагностики мають результати експериментально-психологічного обстеження. Ці дані становлять важливу додаткову інформацію про наявність чи відсутність у осіб порушень мислення, емоційно-вольової сфери, інтелектуально-мнестичних функцій.

Насамперед зауважимо, що в таких випадках не виявляється цілісна клінічна картина будь-якої з відомих форм психічного захворювання, а симулянти демонструють окремі ізольовані симптоми психічного захворювання, а не хворобу загалом. Поряд з ізольованістю пропонованої симптоматики слід зазначити її несумісність, співіснування симптомів, характерних для різних форм психічних захворювань чи для різних етапів їх перебігу (початкового і віддаленого). У результаті такої ізольованості та несумісності симптомів порушуються закономірності розвитку і перебігу психічного захворювання.

Аггравація — навмисне перебільшення симптомів наявного захворювання. У судово-психіатричній клініці аггравація виявляється доволі часто, і основною її метою є домагання бажаного вирішення експертних питань.

Найчастіше аггравація спостерігається у осіб з органічним ураженням головного мозку травматичного чи судинного характеру, а також при олігофренії і відповідно виявляється в

перебільшенні інтелектуальної недостатності, що природно при такій патології.

Так, при олігофренії "хворі" прагнуть показати великий ступінь розумового недорозвинення, ніж він є насправді, що значно утрудняє оцінку ступеня наявних особливостей розумової недостатності.

У "хворих" на церебральний атеросклероз особливо часто перебільшуються розлади пам'яті, здатність запам'ятовувати і утримувати в пам'яті поточні події, а також демонструються прояви перенесеного інсульту чи динамічного порушення мозкового кровообігу, якщо воно було в минулому.

Особи з наслідками травми голови часто підсилюють чи відновлюють тики, заїкуватість, тремтіння окремих частин тіла — кінцівок, голови. Вибір симптомів і форма їх демонстрування відбивають характер і глибину справді наявних змін психіки: що глибший ступінь інтелектуальних розладів, то збільшуються безглузді та гротескні прояви аггравації.

Метасимуляція — свідоме штучне продовження перенесеного психотичного стану. Таке цільове демонстрування вже відсутніх симптомів щойно перенесеного захворювання в судово-психіатричній практиці нині зустрічається частіше, ніж у минулі роки. Найчастіше спостерігається навмисне відтворення симптомів перенесеного реактивного психозу.

Здебільшого відтворюються депресивні стани з перебільшеними проявами пригніченості, штучним відтворенням приступів ядухи, спазмів у горлі, порушень рухів за типом паралічів, парезів нижніх кінцівок. Іноді до цього додаються скарги на страшні зорові та слухові галюцинації, які нібито з'являються вночі. В окремих спостереженнях поряд із симптомами депресії свідомо відтворюються окремі прояви псевдодеменції. Під час розмови у підекспертних з'являється підкреслено дурнуватий вираз обличчя, розгубленість, витріщання очей, вони багаторазово перепитують запитання, нібито не розуміючи їх змісту. У присутності лікарів і персоналу у підекспертних з'являється неприродна хода, вони валандаються, йдуть, як сліпі, тримаючись за стіни.

Якщо при реактивному психозі спостерігався синдром

маячноподібних фантазій, відтворюється саме ця симптоматика. При цьому висловлювання підекспертних мають одноманітний, заштампований і водночас гротесковий характер, не супроводжуються колишнім афективним охопленням і патологічною активністю — здатністю годинами просиджувати за побудовою креслень і проектів.

Зауважимо, що при всіх навмисно відтворюваних симптомах перенесеного в минулому реактивного стану всі вони мають ізольований характер, демонструються тільки у присутності лікарів чи персоналу і не впливають на поведінку цих осіб. Перебуваючи в палаті, підекспертні правильно поводяться, нормально розмовляють з оточуючими, їхня міміка втрачає гротескні прояви розгубленості й нерозуміння, моторика стає звичайною без елементів незграбності, утруднень у пересуванні.

Сюрсимуляція — демонстрування хворобливих симптомів, що не відповідають наявному в особи психічному захворюванню.

Така форма поведінки найчастіше виявляється у хворих на шизофренію з проявом властивих шизофренічному процесу порушень мотиваційної сфери мислення. Тому її порівняно легко розпізнати. Хворі не виявляють критичного ставлення до справді наявних у них хворобливих проявів. Тому з метою уникнути покарання вони демонструють симптоматику, яка, на їхню думку, є справді хворобливою.

Іноді хворі прагнуть приховати своє захворювання (шизофренію) і демонструють симптоми, не властиві йому, наприклад епілептичні порушення чи порушення пам'яті, які не спостерігаються при шизофренії, або грубе слабоумство, не властиве цьому захворюванню. Однак справді наявні психічні порушення таких хворих завжди відбиваються в особливостях їхньої удаваної поведінки. Так, на відміну від симуляції удавання при шизофренії має характер, позбавлений логіки.

Дисимуляція психічних розладів — навмисне приховування наявного психічного захворювання або окремих його симптомів.

При повній дисимуляції хворі заперечують наявність у них психічних розладів як на момент обстеження, так і в минулому.

При частковій дисимуляції хворі приховують тільки окремі клінічні прояви, а про інші розповідають доволі докладно. До

часткової дисимуляції належать випадки, коли всі наявні психічні розлади хворі зараховують до минулого, цілком заперечуючи їх на момент обстеження. До дисимуляції вдаються хворі, які побоюються госпіталізації до психіатричного стаціонару, позбавлення цивільних прав чи прагнуть виписатися з психіатричної лікарні, особливо в разі перебування на примусовому лікуванні.

У судово-психіатричній практиці зустрічаються випадки, коли дисимулюють маячні хворі з метою виписування зі стаціонару для одержання можливості реалізації своїх соціально небезпечних маячних ідей.

Хворі у стані депресії також можуть дисимулювати, прагнучи вчинити самогубство.

Зауважимо, що навмисне приховування хворими хворобливої симптоматики є однією з основних причин помилкових діагностичних і експертних висновків. Несвоєчасна діагностика, у свою чергу, призводить до спізнілого застосування активного лікування і зниження його ефективності. При цьому можливе передчасне виписування із психіатричного стаціонару таких хворих, що є однією з причин здійснення психічно хворими повторних суспільно небезпечних дій.

Джерела: [3]; [4]; [5.

Запитання для самоперевірки

1. Симуляція психічних розладів, захворювань.
2. Аггравація психічних захворювань.
3. Методи діагностики.
4. Назвіть види психічних розладів.

Тема 9.Асіфксія

План

1. Механічна аасфіксія.
2. Повішенння.
3. Задушення..
4. Утоплення

Методичні рекомендації

1. Асфіксія — це такий стан організму, при якому внаслідок кисневого голодування порушується процес газообміну і в тканинах накопичується вуглекислота, що може призвести до смерті. Незважаючи на те, що термін "асфіксія" дослівно означає відсутність пульсу (від грец. а — заперечення, sphyxis — пульсація), він проте, широко застосовується в медичній практиці для позначення задушення в широкому розумінні цього слова.

Причин розвитку стану асфіксії дуже багато. Його може спричинити будь-яка перепона для надходження повітря в дихальні шляхи чи проникнення його через легені в кров, а також інші чинники, які порушують процес засвоєння кисню кров'ю або перехід його із крові в клітини та ін.

Залежно від причини розвитку стану асфіксії розрізняють гіпоксію дихальну, або респіраторну, циркуляторну, або ішемічну, анемічну та гістотоксичну, або тканинну, причому вони спостерігаються в чистій або змішаній формі.

Смерть від асфіксії може настати як при різних хворобах (запалення легень, дифтерія, епілепсія). так і при травмах (пошкодження дихальних шляхів, легень), отруєннях (кров'яними, нервово-функціональними отрутами) а у новонароджених — під час пологів. У зв'язку з цим асфіксія поділяється на насильну і ненасильну.

Для судової медицини найважливіше значення має один із видів насильної асфіксії — механічна асфіксія, при якій гостре кисневе голодування і швидке накопичення в організмі вуглекислоти настає внаслідок зовнішньої механічної перешкоди для надходження повітря в дихальні шляхи.

Залежно від характеру і місця дії механічної перешкоди виділяють кілька її видів. Єдиної класифікації видів механічної асфіксії поки що не розроблено. Одні автори виділяють три, інші шість. На нашу думку, доцільно розрізняти сім самостійних видів механічної асфіксії, які відрізняються один від одного наявністю характерних для кожного з них ознак. До цих видів належать:

1) повішення;
2) задушення петлею;

3) задушення руками;
4) закриття отворів рота і носа;
5) стискання грудної клітки і живота;
6) закриття сторонніми предметами дихальних шляхів;
7) утоплення.

Незважаючи на різноманітність чинників і умов, які спричиняють механічну асфіксію, перебіг її має багато загальних проявів, до яких належать гостре кисневе голодування і накопичення в організмі потерпілого вуглекислоти.

Вивченню реакцій організму при асфіксії присвячено багато досліджень вітчизняних і зарубіжних вчених, проте проблема кисневого голодування залишається однією з найактуальніших у теоретичній і практичній медицині до нинішнього часу.

Як свідчать дослідження, внаслідок кисневого голодування тканин у крові накопичується велика кількість проміжних продуктів обміну речовин, прогресує метаболічний ацидоз. Продукти неповного окислення, які циркулюють у крові, діючи на біохімічні процеси в клітинах, спричиняють порушення їх функції і розвиток тканинної гіпоксії. Клітини втрачають здатність вбирати кисень і в них настають незворотні хімічні, фізико-хімічні та інші зміни, які можуть бути наслідком порушення мембранних структур клітин і внутрішньоклітинних органел. Найбільш чутливими і вразливими елементами клітин є фосфоліпідні компоненти мембран.

Зменшення вмісту кисню в клітинах призводить до зменшення і зникнення АТФ, порушення функцій окисно-відновних ферментів, збільшення кількості кислих продуктів метаболізму, частково молочної кислоти, зниження показника pH.

Порушення усіх видів обміну і розвитку протеолітичних процесів при асфіксії найшвидше виникає у клітинах головного мозку.

У разі локалізації цих незворотних процесів у дихальному і судинно-руховому центрах настає смерть.

Патофізіологічні зміни, характерні для асфіксії, пов’язані з кисневим голодуванням тканин, специфічною дією накопиченого вуглецю та ацидозом, який виникає внаслідок як гіперкапнії, так і утворення недоокиснених продуктів обміну.

За сучасними уявленнями припинення або зменшення доступу кисню в тканини зумовлює в організмі значні зміни, які полягають у порушенні біохімічного складу крові, обміну речовин, в розладі функцій центральної нервової системи, порушенні функцій дихання і кровообігу.

Ступінь прояву цих змін залежить від виду механічної асфіксії, її тривалості, стану організму та інших чинників. В зажиттєвому перебігу асфіксії спостерігається певна стадійність, що дозволило різним авторам виділити від 3 до 6 періодів або фаз.

Найбільш обгрунтованим є виділення чотирьох стадій:

1) задишки із судомами;
2) спокою;
3) термінального дихання;
4) припинення дихання з поступовим згасанням діяльності серця.

Кожна з цих стадій триває від 1 до 3-5 хв. Вони є постійними для всіх видів механічної асфіксії, хоча інтенсивність і тривалість кожної з них можуть мати відхилення.

Стадія задишки із судомами настає відразу після припинення доступу кисню і накопичення в організмі вуглекислоти, яка збуджує дихальний центр, внаслідок чого виникає інспіраторна та експіраторна задишка змішаного типу. Чіткої послідовності між ними не спостерігається (Л.М.Ейдлін), у зв'язку з чим немає підстав виділяти окремо стадію експіраторної та інспіраторної задишки.

За сучасними уявленнями, ця стадія є захисно-фізіологічною реакцією організму, за допомогою якої поновлюється брак кисню і видаляється надлишок вуглекислоти. У цій стадії внаслідок подразнення асфіктичною кров'ю довгастого і спинного мозку підвищується артеріальний тиск, виникають судоми, під час яких внаслідок розслаблення сфінктерів, відбувається виділення сечі, калу, сперми. Судоми можуть бути значно виражені, що призводить до утворення на тілі різних пошкоджень, які потрібно відрізняти від пошкоджень під час боротьби та оборони. Якщо покійний перед задушенням перебував у стані алкогольного сп'яніння, судоми можуть бути слабшими або зовсім не спостерігатися. У стадії задишки наприкінці першої або на початку

другої хвилини втрачається свідомість, що пов'язують із впливом вуглекислоти на клітини кори великого мозку, які дуже чутливі до порушення кисневого режиму.

Друга стадія, або стадія спокою, настає, як правило, на третій хвилині стану асфіксії внаслідок пригнічення функцій дихального центру. При цьому дихання припиняється, організм перебуває в стадії повної прострації. Вона триває близько 2 хв.

Третя стадія — термінального дихання — настає на 4-5 хв, коли виникають короткі глибокі вдихи і паузи. Причину термінального дихання пов'язують із пригніченням функції дихального центру довгастого мозку і функціонуванням слабо збуджених центрів спинного мозку.

Четверта стадія — припинення дихання з поступовим згасанням діяльності серця — зумовлена повним виснаженням і паралічем дихальних центрів головного і спинного мозку. Після стійкого припинення дихання поступово згасає діяльність серця, яке може слабо функціонувати ще протягом 5-30 хв.

Збереження діяльності серця після припинення дихання при асфіксії має надзвичайно велике практичне значення для відновлення життєвих функцій умираючого організму.

Медична практика свідчить, про те, що не завжди людина без ознак життя є справді мертвою. Відомо багато випадків, коли людей вдавалося повернути до життя не тільки при короткочасній механічній асфіксії (протягом 3-4 хв), а й при тривалішій (до 20-30 хв). Причому відновлення життєвих функцій при асфіксії відбувається в напрямку, зворотному процесу вмирання. Спочатку відновлюються функції довгастого мозку, потім спинного і середнього і, нарешті, кори півкуль великого мозку.

У людей, які перебували у стані механічної асфіксії, крім ознак безпосередньої дії механічних чинників (странгуляційна борозна, крововиливи, садна на шиї, переломи хрящів гортані тощо), виявляються також розлади функцій центральної нервової системи і внутрішніх органів у вигляді шаленості, судом, збудження, амнезії з дезорієнтацією, конфабуляціями, псевдоремінісценціями тощо.

Інколи виникають і соматичні розлади — пневмонія, ішемія міокарда, набряк легень, мозку, порушення зору, слуху, паралічі

сфінктерів та ін. Причому ступінь їх прояву залежить від глибини і тривалості асфіксії. При короткочасній асфіксії ці явища порівняно швидко проходять. У разі глибокої тривалої асфіксії вказані прояви мають затяжний, стійкий характер, а іноді після виведення із стану асфіксії через кілька днів може настати смерть, яка зумовлена різними причинами (набряк легень, мозку, ішемія міокарда, пневмонія тощо).

В разі смерті від механічного задушення виявляються ознаки, які характерні для всіх його видів, а тому вони дістали назву загальноасфіктичних. Внаслідок того, що вони виявляються також в разі смерті від інших причин (раптовій смерті, деяких отруєннях тощо), їх ще називають ознаками швидкої (гострої) смерті. Їхні особливості визначаються сутністю функціональних порушень, які лежать в основі асфіксії. Ці ознаки виявляються як при зовнішньому, так і при внутрішньому дослідженні трупа.

2. Повішення — це вид механічної асфіксії внаслідок стискання шиї петлею під дією маси власного тіла або його частини. Повішення може бути повним, вільним, коли тіло не має точки опори, і неповним, з точкою опори (в положенні на колінах, сидячи або лежачи). За характером петлі можуть бути жорсткі (мотузок, ремінь, дріт тощо), напівжорсткі і м'які (шарф, хустка, простирадло тощо), ковзні і нерухомі. Розрізняють власне петлю, вузол і вільний кінець.

Залежно від положення вузла виділяють типове та атипове повішення. При типовому повішенні вузол розташовується у ділянці потилиці, атиповому передньому — в ділянці підборіддя, атиповому бічному — на бічній поверхні шиї (праворуч або ліворуч; рис. 56).

Для судово-медичного дослідження труп повішеного звичайно доставляють разом із петлею на шиї або її направляють окремо (в таких випадках бажано сфотографувати труп перед зняттям петлі та після цього). Зняту з шиї петлю зберігають і в окремих випадках як речовий доказ в подальшому передають слідчому.

При судово-медичному дослідженні трупа крім загальноасфіктичних ознак смерті від повішення (як і при будь-якому іншому виді механічного задушення), виявляють і видові

ознаки, характерні саме для повішення.

Основною і найважливішою ознакою повішення є странгуляційна борозна — негативний відбиток петлі, накладеної на шию. Вона чітко відбиває положення і ширину петлі і має вигляд більш-менш вдавленої борозни, місцями жовтувато-бурого кольору, твердуватої на дотик. Рідше — борозна м'яка, має вигляд блідо-синюшної смуги.

Жовтувато-бурий колір странгуляційної борозни та її затвердіння (ущільнення) пов'язані з тим, що внаслідок тертя твердої петлі (особливо під час судом) порушується цілість епідермісу із клітин якого витискається рідина і вібувається зневоднення тканин із наступним висиханням.

Відбиток рельєфу петлі стає помітним при висиханні і побурінні борозни.

Ступінь прояву і вдавлення борозни залежать від матеріалу петлі, часу висіння, маси тіла і пози трупа. Чим твердіший матеріал петлі, довше висить людина, більше маса її тіла і чим меншу точку опори вона має (або не має її зовсім), тим глибшою буде странгуляційна борозна, краще будуть визначені її краї, більше буде умов до її зневоднення, висихання та ущільнення.

Якщо петля зроблена з м'якого матеріалу (шарф, хустка, простирадло тощо), тіло перебувало в ній недовго, точка опори була значна (повішення сидячи, лежачи тощо), а маса тіла невелика, то странгуляційна борозна слабо виражена, майже не вдавлена і може мати вигляд блідо-синюшної смуги. В окремих випадках (за зазначених умов) странгуляційна борозна може бути зовсім непомітною, що завжди треба враховувати.

При різко вираженому гнитті, коли утворюється підшкірна гнильна емфізема, на шиї внаслідок тиску комірця сорочки може утворюватися біла смуга, що нагадує странгуляційну борозну. Проте якщо на шиї була борозна, особливо слабо виражена, то при значно розвинутій емфіземі вона може бути мало помітною або і зовсім непомітною.

Странгуляційна борозна при повішенні має досить характерні ознаки:

1) *локалізація* — верхня частина шиї, тому що під дією маси тіла

петля займає максимально високе положення;
2) *напрям* — косовисхідний у бік замкнення петлі;
3) *ступінь прояву* — нерівномірно виражена, найбільше на боці, протилежному місцю замкнення петлі, де стискання найзначніше.

Якщо петля накладається на шию так, що вузол її розташовується позаду, то спереду странгуляційна борозна найглибша і найтвердіша, має поперечний напрямок над ділянкою верхнього краю щитоподібного хряща, під самим підборіддям, а з боків менш вдавлена, з нечітко окресленими краями, іде круто вгору і назад, а на задній поверхні шиї може зовсім не виявлятися або бути слабо вираженою.

Якщо вузол петлі розташовується збоку (поблизу правого чи лівого вуха), то на протилежній бічній поверхні шиї странгуляційна борозна буде поперечна, найбільш виражена і глибоко вдавлена, тоді як на передній і задній поверхні шиї вона піднімається у бік вузла петлі, менш виражена, а в ділянці замикання вузла, серед волосся вона вже непомітна (голова відхиляється в бік, протилежний до змикання вузла).

Вузол петлі може розташовуватись й спереду. В таких випадках поперечна, найбільш виражена борозна буде виявлятися на шиї ззаду. Найчастіше при повішенні спостерігається бічне положення вузла. Іноді під петлю потрапляє борода, волосся з голови, хустка, шарф тощо. Тоді странгуляційної борозни у відповідному місці не буде. Якщо на петлі є виступи, вузли, перекручування, будь-які особливості поверхні, то відповідно на странгуляційній борозні виявляються характерні ознаки, внаслідок того, що рельєф петлі дає негативний відбиток у борозні.

У тих випадках, коли петля має кілька обертів, відповідно утворюється і кілька странгуляційних борозен, які немовби переходять одна в одну. При защемленні обертами петлі складок шкіри між борознами виникають синякові валики з краплинними крововиливами.

Таким чином, при дослідженні странгуляційної борозни потрібно звернути увагу на такі її ознаки:

1) напрям;

2) ступінь прояву;
3) розташування;
4) число обертів;
5) замкненість;
6) ширину;
7) глибину;
8) рельєф тощо.

При повішенні часто спостерігається випадання язика й защемлення його між зубами, локалізація трупних плям на нижніх кінцівках (при тривалому вертикальному положенні тіла).

Рідко бувають переломи рогів під'язикової кістки і хрящів гортані. В м'які тканини шиї в напрямку странгуляційної борозни і грудино-ключично-соскоподібного м'яза можливі крововиливи (*ознака Вальхера*). Часто спостерігаються поперечні надриви внутрішньої оболонки загальної сонної артерії на місці її розгалуження (*ознака Амюса*).

Ці надриви виникають у тому місці, де петля тисне найдужче, внаслідок чого просвіт загальної сонної артерії закривається і нижче від цього місця в момент різкого підвищення артеріального тиску сильно розтягується і розширюється. Крім того, при висінні тіла відбувається значне витягання сонної артерії в довжину. Внаслідок цьо-го виникають поперечні розриви внутрішньої оболонки артерії, а в клітковині, що оточує ззовні цю частину загальної сонної артерії, виявляються невеликі крововиливи.

2. ***Задушення*** *— це вид механічної асфіксії внаслідок стискання органів шиї петлею, яка затягується руками або під дією сторонньої сили.* Найчастіше стискання петлею робиться руками, іноді за допомогою будь-яких предметів (так званих закруток). Можливе також задушення з вуздечкою, коли один тур петлі проходить через рот.

При тугому й міцному затягуванні петлі на шиї закривається просвіт гортані або трахеї, припиняється надходження повітря в легені, внаслідок чого виникають усі ознаки асфіксії і настає смерть.

При судово-медичному дослідженні трупа виявляються, як правило, різко виражені загальноасфіктичні ознаки смерті, а також

видові ознаки, характерні для задушення петлею.

Основною і найважливішою видовою ознакою смерті при задушенні петлею є *странгуляційна борозна,* яка за характером різко відрізняється від странгуляційної борозни при повішенні. *Вона має горизонтальний напрямок, рівномірно виражена, замкнена і розташована порівняно низько.*

Задушення петлею часто відбувається в положенні лежачи. Петля охоплює шию навкруги і странгуляційна борозна розташовується перпендикулярно до вертикальної осі шиї. З якого боку не розташовується вузол петлі, тиск її однаковий, а тому ступінь прояву борозни також однаково рівномірний. Борозна звичайно локалізується на рівні нижнього краю щитоподібного хряща або ще нижче — на рівні перснеподібного хряща. У місці вузла на борозні часто помітне глибоке вдавлення, внаслідок чого борозна тут може бути значно ширшою. Слід обов'язково відзначити особливості вузла петлі і ретельно їх зафіксувати. Петлю на шиї перед зняттям розрізають на боці, протилежному вузлу, і зашивають нитками. Петлю з вузлом після ретельного обстеження зберігають і передають слідчому. Часто зав'язаний вузол має характерні особливості, які дозволяють встановити вбивцю.

До інших видових ознак смерті від механічного задушення петлею належать *висунутий і затиснений між зубами язик та різні пошкодження під странгуляційною борозною* (синці, надриви м'язів, переломи хрящів гортані і під'язикової кістки, в також надриви внутрішньої оболонки загальної сонної артерії поблизу місця її розгалуження на зовнішню і внутрішню), тобто ознаки, що виявляються і при повішенні.

Пошкодження тканин і органів шиї під странгуляційною борозною при задушенні петлею спостерігаються частіше, ніж при повішенні. Це пояснюється тим, що задушення петлею частіше здійснюється сторонніми руками, з великою силою, уривчастими рухами в період оборони і посилюється під час судом.

На відміну від повішення, яке часто є самогубством, задушення петлею в переважній більшості випадків — вбивство, а тому, крім характерної для цього виду механічної асфіксії странгуляційної борозни (горизонтальної, рівномірно вираженої і низько

розташованої), на трупі, як правило, виявляють численні пошкодження (садна, синці) — сліди боротьби і самооборони. Одяг часто розірваний, пом'ятий, волосся скуйовджене. В осіб, які перебували в стані різко вираженої алкогольної інтоксикації або в безпорадному стані, у маленьких дітей, а також у випадках, коли петля затягується на шиї несподівано, раптово, на тілі не виявляється слідів боротьби і самооборони.

При задушенні петлею можливі випадки самогубства. Вони характеризуються повним порядком в одязі, і відсутністю, крім странгуляційної борозни, інших пошкоджень і наявність жорстких петель.

Іноді трапляються нещасні випадки внаслідок задушення петлею.

В літературі описано багато випадків смерті від задушення петлею внаслідок нещасного збігу обставин під час роботи на виробництві, різних ігор дітей тощо. Тому кожний випадок смерті від задушення петлею має ретельно вивчатися, починаючи з огляду місця події, ознайомлення з усіма обставинами справи, обстеження трупа тощо.

3. ***Утоплення*** *— це один із видів механічної асфіксії, при якому механічним чинником є будь-яка рідина (вода, вино, нафта тощо), яка потрапляє в дихальні шляхи.* Для того, щоб людина загинула від утоплення, необов'язковим є занурення тіла у велике водоймище. Людина може втопитися навіть у калюжі, тазу, діжці тощо. Це можливо у випадках, коли людина в стані сильного алкогольного сп'яніння або, наприклад, під час епілептичного нападу потрапляє обличчям у калюжу води. Вода при дихальних рухах аспірує у глибокі дихальні шляхи, і може настати смерть від механічного задушення. Проте, такі випадки спостерігаються надзвичайно рідко. Найчастіше тіло занурюється у воду на досить значну глибину.

Людина, перебуваючи під водою, спочатку затримує дихання звичайно протягом 1 хв., іноді трохи більше, що залежить від витривалості і тренованості. Коли затримувати дихання більше неможливо, рот розкривається, і вода стрімко надходить у дихальні шляхи, одночасно частково потрапляючи і в шлунок. Людина починає дихати у воді — настає період задишки.

Під час першого вдиху вода надходить у горло, внаслідок чого подразнюється слизова оболонка і виникає кашель. При цьому від змішування води, повітря і слизу в дихальних шляхах утворюється дрібнопухирчаста піна, яка поступово викидається з дихальних шляхів. Після цього настає нетривале припинення дихання, потім з'являється кінцеве дихання, яке через 5-6 хв. припиняється, а через 10-15 хв. настає смерть.

Проте, відомі випадки, коли після 10-15 хвилинного перебування під водою людину вдається повернути до життя. Можливо, це відбувається через спазм гортані або трахеї в першу мить від подразнення їх проникною водою, що й утруднює її надходження. Людина при цьому перебуває в стані уявної смерті.

Труп при утопленні звичайно перебуває під водою до розвитку гнильних процесів. Якщо він не застряє десь між підводним камінням або під корчем, то внаслідок гнильних змін спливає на поверхню води.

Встановлення смерті від утоплення грунтується на ознаках, характерних для цього виду механічної асфіксії. У свіжих випадках діагностика утоплення не становить особливих труднощів, проте при наявності гнильних процесів усі характерні ознаки поступово зникають, і діагностика утоплення стає утрудненою.

При судово-медичному дослідженні трупа, витягнутого з води, потрібно спочатку виявити ознаки перебування його у воді, а потім вже виявити ознаки утоплення.

Ознаками перебування тіла у воді *є мокрий одяг, мокре, немовби липке волосся, гусяча шкіра, зморщування сосків, навколо соскових кружал і мошонки, червоний колір трупних плям, мацерація шкіри, планктон в легенях і шлунку.*

Ці ознаки зумовлені певними чинниками. Внаслідок подразнення шкіри водою і процесів заклякання відбувається деяке скорочення м'язів, що випрямляють волосся, через що над поверхнею шкіри підвищуються волосяні мішечки; шкіра немовби вкривається численними дрібними білястими горбиками (гусяча шкіра).

Подразнення шкіри, особливо холодною водою, призводить до скорочення м'язових волокон у ділянці сосків,

навколососкових кружал і на мошонці, внаслідок чого спостерігається їх зморщування, іноді значно виражене.

Червоний колір трупних плям зумовлений тим, що через холодну вологу шкіру легко проникає кисень, а тому після витягання трупа з води кисень, сполучаючись із трупною кров'ю, окислює її. Це явище можна помітити на будь-якому трупі, якщо покласти його на мокрий секційний стіл, на якому іноді збираються невеликі калюжі води. Стикаючись з водою, фіолетові або синюшні трупні плями у цих ділянках незабаром робляться червоними.

Особливо велике практичне значення має мацерація шкіри, оскільки за її розвитком можна приблизно визначити час перебування трупа у воді. Мацерація (банна шкіра, або рука прачки, рис. 60) — це розмокання, набрякання і зморщування шкіри, яке відбувається у воді. Мацерація насамперед виникає на верхніх і нижніх кінцівках, особливо на кистях і ступнях. Спочатку вона з'являється на пальцях рук і ніг, поступово поширюючись на всю поверхню кистей і ступнів, спостерігається побіління і дрібна складчастість шкіри (слабо виражені ознаки мацерації), потім шкіра набуває перлисто-білого забарвлення і вираженої складчастості (виражені ознаки мацерації). Згодом виникають пухирці, наповнені рідиною, і поступово відбувається повне відокремлення епідермісу разом нігтями (різко виражені ознаки мацерації).

Якщо потягнути за нігті, то верхній шар шкіри знімається разом з нігтями у вигляді рукавички ("рукавичка смерті"). Після цього мацерація поширюється на шкіру всього тіла. Холодна вода затримує процеси мацерації, а тепла прискорює їх.

Встановлено досить важливі в практичному відношенні особливості мацерації:

1. Трупи новонароджених тривалий час не піддаються мацерації. Відбувається це тому, що шкіра новонароджених вкрита шаром сироподібного мастила (*vernix caseosa*), яке запобігає мацерації шкіри.
2. Мацерація шкіри триває під мокрим одягом.
3. При низькій температурі води (від +2 до +10°С), коли ознаки мацерації візуально не виявляються, їх можна встановити

мікроскопічним дослідженням шкіри з виявленням набрякання рогового шару, відторгнення рогових пластинок, наявності поздовжніх тріщин у товщі рогового шару шкіри, пізніше — зникнення ядер клітин, втрата чіткості їхніх країв тощо.

Усі ці ознаки перебування тіла у воді можна виявити на будь-яких трупах, витягнутих із води, тобто не тільки на трупах осіб, що померли від утоплення, а й на тих, що загинули від інших причин, наприклад, на трупах, кинутих у воду після вбивства з метою приховання слідів злочину.

У випадку смерті від утоплення виявляються як загальноасфіктичні, так і видові його ознаки.

До таких **видових ознак утоплення** належать: дрібнопухирчаста біла піна в дихальних шляхах (*ознака Крушевського*), почервоніння і набрякання слизової оболонки дихальних шляхів, збільшення і емфізема легень, бліді, розпливчасті крововиливи на їх поверхні (*плями Рассказова-Лукомського*); наявність води у тонкій кишці, черевній порожнині (*ознака Моро*), збільшення печінки і наявність планктону у внутрішніх органах; наявність рідини середовища утоплення в пазусі клиноподібної кістки (*ознака Свешнікова*).

Наявність піни у дихальних шляхах, а також *біля отворів рота і носа* зумовлена тим, що під час задухи, коди вода потрапляє в дихальні шляхи і подразнює їх слизову оболонку, відбувається виділення великої кількості слизу, що містить білки, які змішуються і збиваються з водою і повітрям в дихальних шляхах, утворюючи дрібнопухирчасту піну, що випинається назовні. Ця піна досить стійка, при висиханні зберігає свою конфігурацію. Внаслідок подразнення водою слизова оболонка дихальних шляхів гіперемійована, набрякла.

Потрапляючи в бронхи, вода сильно тисне на повітря, яке міститься там. Воно розриває стінки альвеол і потрапляє під легеневу плевру, спричиняючи емфізему. На місце витиснутого повітря проникає вода. Внаслідок цього об’єм легенів значно збільшується, і вони зсередини тиснуть на грудну клітку, через що на них нерідко залишаються поперечні борозни — сліди від

утискування ребер. За рахунок води, що проникла в легені, маса їх збільшується до 600-700 г. Якщо легені в плевральній порожнині розташовуються вільно, розширення та емфізема легень при утопленні добре виражені в тому разі, коли вони майже по всій поверхні приростені до підреберної плеври міцними спайками, які не дозволяють їм розкриватися.

Наявність розпливчастих, з нечітко обмеженими краями крововиливів (плями Рассказова-Лукомського) пояснюється розбавленням крові водою, яка потрапляє в кров через альвеолярні капіляри.

У випадках утоплення в морській воді, яка є гіпертонічним розчином, гемоліз еритроцитів не відбувається, і кров стає густішою, тому плями Рассказова-Лукомського під легеневою плеврою не виникають.

Велика кількість води у шлунково-кишковому тракті пояснюється її проникненням в період утоплення. Якщо рідина є в 12-палій кишці, то це вказує на зажитьтєве її потрапляння під час вмирання.

Внаслідок застійних явищ і збільшення об'єму рідини в судинах печінки збільшуються її об'єм і маса (до 2000 г).

Найважливішою ознакою утоплення треба вважати *наявність при мікроскопічному дослідженні внутрішніх органів планктону* (крім легенів і шлунка, куди він може потрапити й післясмертно), тобто суспензованих у воді тваринних і рослинних мікроорганізмів, в основному діатомових водоростей, що мають щільний панцир (рис. 61). При розриві альвеолярних стінок вони потрапляють у потік крові і заносяться у внутрішні органи. Особливо велика кількість їх виявляється у крові, м'язі серця, нирках і в кістковому мозку. Виявлення часточок планктону (десятки та сотні) в цих органах свідчить про утоплення, оскільки післясмертно вони потрапити в ці органи не можуть.

Метод виявлення планктону дає позитивний результат і в разі гниття трупа, коли всі інші видові ознаки утоплення поступово зникають.

Для дослідження на діатомовий планктон найчастіше вилучають нирку, яка міститься у капсулі, що захищає її від забруднення. У разі виражених гнильних змін трупа діатомовий планктон

виділяють з довгих трубчастих кісток (плечової або стегнової).

У випадках ексгумації при повному розплавленні кісткового мозку діатомовий планктон добувають шляхом промивання кісткового каналу дистильованою водою з додаванням сірчаної або азотної кислоти.

Утоплення найчастіше є результатом нещасного випадку. Іноді трапляються випадки самогубства, ще рідше — вбивства.

Якщо при вбивствах перед скиданням у воду мала місце боротьба, на трупі можна виявити різні пошкодження (садна, синці тощо) — сліди боротьби та опору. У тому разі, коли зіштовхування у воду відбувається раптово, таких пошкоджень може не бути. Самогубці іноді прив'язують собі каміння чи інший вантаж, зв'язують руки і навіть ноги. Слід враховувати можливість заподіяння самому собі поранень перед потраплянням у воду або одержання пошкоджень випадкового характеру при падінні у воду (наприклад, порушення цілості кісток черепа при ударі головою об кам'яний виступ моста, різні пошкодження при пірнанні у мілкому місці, стрибках з висоти тощо).

На трупах, витягнутих з води, нерідко виявляються післясмертні пошкодження, заподіяні гострими предметами — кінцями багрів (при витягуванні або розшуках трупа), гвинтами пароплавів та ін.

Проте, не кожен труп, витягнутий з води, є жертвою утоплення. Смерть у воді може настати і з інших причин, наприклад, від крововиливу в мозок, довільного розриву серця з тампонадою перикарда та ін.

Іноді на трупі, витягнутому з води, виявляються забиті рани, пошкодження кісток, або петля на шиї з прив'язаним до неї вантажем.

У таких випадках питання про механізм цих пошкоджень вирішується індивідуально, з урахуванням їх характеру, локалізації, особливостей організму, а також результатів детального вивчення усіх матеріалів справи.

Джерела: [1]; [2]; [6]; [11].

Запитання для самоперевірки

1. Ознаки перебування тіла у воді.
2. Генез смерті при повішенні.
3. Внутрішні ознаки асфіксії
4. Зовнішні загальні ознаки асфіксії
5. Стадії перебігу асфіксії.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Судова медицина: підручник для студентів мед.вузів. \Концевич І.О., Михайличенко Б.В. та ін.; За ред. І.О. Концевич, Б.В.Михайличенка. – К.: МП «Леся», 1997. – 656 с.: іл. – Бібліогр.: с. 640-646.
2. Судебная медицина: Учеб. пособие для вузов / Под ред. проф. А.Ф. Волынского. — М.: ЮНИТИ-ДАНА, Закон и право, 2000. — 639 с.
3. Судова психіатрія: Навч. посіб. / С. В. Жабокрицький, А. П. Чуприков. — К.: МАУП, 2004. — 176 с. — Бібліогр.: С. 169-170.
4. Жаріков Н. М., Морозов Г. В., Хрітінін Д. Ф.. Судова психіатрія: Підручник для вузів / За заг. ред. акад. РАМН Г. В. Морозова. - 3-е изд., Перераб. і доп. - М.: Норма, 2004. - 528 с., 2004.
5. Марчук А.І. Судова психіатрія. Київ: Атіка, 2003. - 240 с.
6. Абрамов С.С., Томилин В.В. и др. (ред.) Медико-криминалистическая идентификация. Настольная книга судебно-медицинского эксперта / Под общей редакцией доктора медицинских наук, профессора В. В. Томилина. - М.: Издательская группа НОРМА-ИНФРА М, 2000. - 472 с
7. Авдеев А.И. Травма на лестничном марше: биомеханика, диагностика, морфология (установление событий и обстоятельств происшествия) Хабаровск.: ККБ., 2001. - 98 с.
8. Авходиев Г.И., Касатеев А.В. Судебно-медицинская танатология. Учебно-методическое пособие. – Чита: ИИЦ ЧГМА, 2005. – 268 с.
9. Анин Э.А., Кузмицкий Н.И., Корончик А.С. Определение степени тяжести телесных повреждений. Гродно: ГрГМУ, 2007. — 19 с.
10. Ардашкин А.П. Судебно-медицинская экспертиза трупов плодов и новорожденных (экспертно-правовая характеристика, гистологическая диагностика). М.: Офорт, 2006. — 167 с.
11. Бабанін А.А., Мішалов В.Д., Біловицький О.В. Судова медицина. Підручник. КДМУ ім. С. І. Георгієвського — Сімферополь, НАТА, 2012. — 580 с.
12. Бабаханян Р.В. и др. Принципы посмертной диагностики острых отравлений. Санкт-Петербург, 2002.
13. Ferrero Gina. Il mio padre Cesare Lombroso. Roma, 1921];
14. Тарновская П. Н. Об органах чувств у преступниц и проституток. СПб., 1894