

МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ

ЛУГАНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ВНУТРІШНІХ СПРАВ імені Е. О. ДІДОРЕНКА

М.Ф. Недоступ

**СУДОВА МЕДИЦИНА
ТА ПСИХІАТРІЯ**

навчально-методичний посібник

Сєверодонецьк
2021

УДК 340.6(075.8)

Н42

Автор:

М.Ф. Недоступ, кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри спеціальних дисциплін та домедичної підготовки Луганського державного університету внутрішніх справ імені Е.О. Дідоренка.

Рецензенти:

Є.О. Письменський – завідувач кафедри кримінально-правових дисциплін Луганського державного університету внутрішніх справ імені Е.О. Дідоренка; доктор юридичних наук, професор;
І.М. Проценко – завідувач відділом експертизи трупів Луганського обласного бюро судово-медичної експертизи, експерт вищої категорії.

*Рекомендовано до друку вченою радою
Луганського державного університету внутрішніх справ
імені Е. О. Дідоренка
(протокол № 7 від 24 грудня 2020 року)*

Недоступ М. Ф.

Н42 Судова медицина та психіатрія : навчально-методичний посібник / М. Ф. Недоступ. – Сєвєродонецьк : ЛДУВС імені Е.О. Дідоренка, 2021. – 305 с.
ISBN 978-617-616-102-8

Посібник підготовлено відповідно до програми навчального курсу «Судова медицина та психіатрія». У посібнику надаються конспекти навчального матеріалу, методичні рекомендації щодо вивчення судової медицини та психіатрії, змісту та послідовності засвоєння навчального матеріалу, приклади складання експертних висновків. Посібник забезпечує обов'язкові мінімальні вимоги до знань та умінь, які затверджені програмою, крім того, містить тестові і ситуаційні завдання.

Навчально-методичний посібник буде корисний курсантам, студентам, слухачам закладів вищої освіти МВС України.

УДК 340.6(075.8)

ISBN 978-617-616-102-8

© Недоступ М.Ф., 2021

© Луганський державний університет
внутрішніх справ імені Е.О. Дідоренка, 2021

ЗМІСТ

Процесуальні та організаційні основи судово-медичної експертизи	5
Судово-медична танатологія. Методика визначення давності настання смерті	20
Судово-медична експертиза пошкоджень від гострих та тупих предметів.....	37
Судово-медична експертиза при падінні з висоти та транспортних пошкодженнях.....	56
Судово-медична експертиза вогнепальних поранень, механічній асфіксії, отруєнні та дії деяких фізичних факторів.....	73
Судово-медична експертиза живих людей. Визначення стану здоров'я. Експертиза ступеня тяжкості тілесних ушкоджень	103
Судово-медична експертиза речових доказів. Огляд трупа на місці пригоди (виявлення).....	131
Загальні відомості про судову психіатрію. Процесуальні та організаційні основи судово-психіатричної експертизи.....	160
Судово-психіатрична експертиза в кримінальному процесі	179
Судово-психіатрична експертиза у цивільному процесі	196
Фізіологія і патологія вищої нервової діяльності. Симптоми та синдроми психічних захворювань.....	212

Недоступ М. Ф. Судова медицина та психіатрія :
навчально-методичний посібник

Судово-психіатрична експертиза шизофренії, маніакально-депресивного психозу.....	232
Судово-психіатрична експертиза епілепсії, психопатій та травматичних уражень головного мозку	250
Судово-психіатрична експертиза олігофренії, реактивних та виключних станів	276

ПРОЦЕСУАЛЬНІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНІ ОСНОВИ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

Мета: ознайомитися з процесуальними та організаційними основами судово-медичної експертизи та сформувані базові знання і уміння з судової медицини.

Основні поняття: судова медицина, судово-медичний експерт, постанова про призначення судово-медичної експертизи, види і об'єкти експертизи, висновок судово-медичного експерта.

За результатами вивчення теми здобувач вищої освіти повинен:

знати:

- предмет, методи та завдання судової медицини;
- судово-медичну експертизу, її визначення та підстави призначення;
- закони України, які регламентують зміст та порядок призначення судово-медичної експертизи;
- приводи призначення судово-медичної експертизи.
- обов'язки, права, відповідальність та відведення судово-медичного експерта;
- об'єкти та види судово-медичної експертизи;
- участь судово-медичного експерта у слідчих діях та судовому засіданні;
- організацію судово-медичної експертизи;
- судово-медичну документацію;

уміти:

- користуватися законами України, які регламентують права, обов'язки і відповідальність спеціаліста у галузі

судової медицини, а також порядок призначення та проведення судово-медичної експертизи;

- аналізувати судово-медичну документацію.

Методичні рекомендації для підготовки до теми заняття

Вивчення теми слід розпочати з визначення судової медицини як науки (предмет, методи та завдання). Потім з'ясувають зв'язок судової медицини з іншими науками, значення судової медицини у судово-слідчій діяльності (огляд трупа на місці пригоди, орієнтовне визначення давності настання смерті, кваліфікована постановка питань перед експертом та аналіз судово-медичних висновків).

Далі переходять до визначення судово-медичної експертизи. Детально розглядають підстави призначення судово-медичної експертизи (постанова слідчого та ухвала суду) та документи, які регламентують зміст та порядок призначення судово-медичної експертизи (Конституція України, Кримінальний та Кримінальний процесуальний, Цивільний та Цивільний процесуальний кодекси України).

Особливу увагу звертають на приводи призначення судово-медичної експертизи. Вивчають обов'язкові (встановлення причин смерті, характер та ступінь тілесних ушкоджень, визначення психічного та фізичного стану, віку та ін.) та необов'язкові (при розірванні шлюбу, аліментних позовах та ін.) приводи призначення судово-медичної експертизи.

Потім визначають обов'язки, права, відповідальність та відведення судово-медичного експерта. Також розглядають об'єкти (трупи, живі люди, речові докази, матеріали кримінальних і цивільних справ) та види (первинна, вторинна, додаткова, повторна, комісійна та комплексна) судово-медичної експертизи. Далі розглядають участь судово-медичного експерта у слідчих діях (огляд підозрюваного, участь у обшуках та виявленні речових доказів біологічного походження) та

Процесуальні та організаційні основи судово-медичної експертизи

судовому засіданні (можливість ставити питання підсудному, свідкам та ін.).

При ознайомленні з судово-медичною документацією розглядають структуру «Висновка судово-медичного експерта» (вступна, описова та заключна частини) та порядок його оформлення.

На закінчення розглядають організацію судово-медичної служби в Україні, структурні підрозділи Бюро судово-медичної експертизи (відділи судово-медичної експертизи трупів та живих осіб, судово-медична лабораторія з медико-криміналістичним, токсикологічним, гістологічним та іншими відділеннями).

Конспект навчального матеріалу

Кожному працівнику поліції необхідний визначений мінімум знань в області судової медицини для того, щоб:

- кваліфіковано оглянути труп на місці події;
- уміти правильно направити на експертизу речові докази біологічного походження (кров, волосся і т.д.);
- орієнтовно визначати давність настання смерті трупа при його огляді;
- правильно формулювати питання перед судово-медичним експертом;
- оцінювати якість висновків судово-медичного експерта.

Судова медицина це наука, що вивчає і розробляє питання медично-біологічного характеру, які виникають у кримінальному і цивільному процесах.

Завдання судової медицини:

- 1) визначення часу настання смерті;
- 2) встановлення знаряддя і механізму травми;
- 3) визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень;
- 4) виявлення причин раптової смерті.

Методи дослідження в судовій медицині:

- 1) огляд;
- 2) секційний розтин трупа;
- 3) аналіз клінічного матеріалу (історія хвороби, амбулаторна карта);
- 4) експериментальний (моделювання, слідчий експеримент);
- 5) лабораторний (електронна мікроскопія, спектральний аналіз, рентгенографія, біофізичні, біохімічні, імунологічні методи дослідження).

Судово-медичною експертизою (СМЕ) називається застосування медичних знань для вирішення питань, які виникають у практичній діяльності органів слідства та суду.

Основними законами, що визначають зміст, порядок призначення і її проведення, є Кримінальний кодекс, Кримінальний процесуальний кодекс, Цивільний кодекс та Цивільний процесуальний кодекс України.

Безпосередньо діяльність судово-медичних експертних установ, як і кожного окремого їх працівника, регламентується Законом України «Про судову експертизу» (1994), Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я (1992), методичним документом МОЗ України – наказ № 6 від 1995 р. «Про розвиток та вдосконалення судово-медичної служби України».

Судово-медична експертиза проводиться на підставі *постанови слідчого судді* або за *ухвалою* суду. У постанові вказується: підстава призначення судово-медичної експертизи, прізвище, ім'я та по-батькові експерта (або установа), матеріали кримінальної справи, питання на які повинен відповісти експерт.

Кримінальний процесуальний кодекс України (ст. 242) передбачає обов'язкове проведення СМЕ в таких випадках:

- встановлення причин смерті;

Процесуальні та організаційні основи судово-медичної експертизи

- встановлення тяжкості та характеру тілесних ушкоджень;
- визначення психічного стану підозрюваного за наявності відомостей, які викликають сумнів щодо його осудності, обмеженої осудності;
- встановлення віку особи, якщо це необхідно для вирішення питання про можливість притягнення її до кримінальної відповідальності, а іншим способом неможливо отримати ці відомості;
- встановлення статевої зрілості потерпілої особи в кримінальних провадженнях щодо злочинів, передбачених статтею 155 Кримінального кодексу України;
- визначення розміру матеріальних збитків, шкоди немайнового характеру, шкоди довкіллю, заподіяної кримінальним правопорушенням;
- примусове залучення особи для проведення медичної або психіатричної експертизи здійснюється за ухвалою слідчого судді, суду.

До участі в проведенні СМЕ можуть допускатися тільки штатні судово-медичні експерти, а також викладачі кафедр судової медицини, які прирівняні до штатних експертів.

Права, обов'язки і відведення судово-медичного експерта

У Законі України «Про судову експертизу» (ст. 12, 13) та Кримінальному процесуальному кодексі України (ст. 69) викладаються обов'язки і права експерта.

Судово-медичний експерт *зобов'язаний* з'явитися за викликом слідчого, прокурора або суду і провести повне і всебічне обстеження підекспертного (ст. 12 Закону України «Про судову експертизу»).

Якщо поставлені перед експертом питання виходять за межі його компетенції або представлених експерту матеріалів недостатньо для того, щоб дати висновок, експерт у письмовій формі сповіщає про це орган, який призначив експер-

тизу. Така процедура передбачена “Інструкцією про призначення та проведення судових експертиз та експертних досліджень” (наказ МЮ України від 08.10.98 р. № 53/5).

При відмові експерта від виконання своїх обов’язків без поважної причини (ст. 385 ККУ), за надання неправдивого висновку (ст. 384 ККУ), а також за розголошення даних попереднього слідства без дозволу прокурора або слідчого (ст. 387 ККУ), він може бути притягнутий до кримінальної та іншої відповідальності. Крім того, судово-медичний експерт повинен пам’ятати про вимоги ст. 145 ККУ, яка карає за розголошення лікарської таємниці.

Експерт *вправі* (ст. 13 Закону України «Про судову експертизу»):

- 1) знати мету і завдання експертизи;
- 2) знайомитися з матеріалами справи;
- 3) клопотати про додаткові матеріали справи;
- 4) брати участь у допитах і інших слідчих діях з дозволу слідчого;
- 5) клопотати про залучення необхідних експертів - фахівців з інших областей знань.

Відведення експерта (ст. 77 КПК України): 1) особиста зацікавленість у справі (службова, родинна або інша залежність); 2) некомпетентність експерта.

Об’єкти судово-медичної експертизи:

- 1) живі люди;
- 2) трупи;
- 3) речові докази біологічного походження;
- 4) матеріали кримінальних і цивільних справ.

Види судово-медичної експертизи:

- 1) *первинна* – коли вперше проводиться дослідження даного об’єкта;
- 2) *додаткова* – призначається, якщо в ході розслідування виникають нові питання, які необхідно з’ясувати;

Процесуальні та організаційні основи судово-медичної експертизи

3) *повторна* – призначається, якщо висновок первинної експертизи не обґрунтований і її висновки піддаються сумніву. Для проведення такої експертизи, як правило, призначається інший експерт;

4) *комісійна* – призначається у складних справах за участю лікарів різних спеціальностей;

5) *комплексна* – передбачає участь фахівців різних областей знань (криміналіст, хімік і т.д.).

Участь судово-медичного експерта в слідчих діях і судовому засіданні

Судово-медичні експерти можуть залучатися до участі в деяких слідчих діях: 1) до огляду місця події і трупа на місці його виявлення; 2) до огляду осіб, затриманих за підозрою в здійсненні злочину; 3) до участі в обшуку, виявленні й взятті зразків біологічного походження для дослідження; 4) до участі в допитах. Після участі експерта в слідчих діях він у письмовій формі складає висновок у справі.

За клопотанням сторони кримінального провадження, потерпілого або за власною ініціативою суд має право викликати експерта для допиту для роз'яснення висновку (ст. 356 КПК України).

Структура судово-медичної служби

Судово-медична експертиза здійснюється на принципах законності, об'єктивності, повноти дослідження та незалежності державними установами – бюро судово-медичних експертиз. Система судово-медичної експертизи України побудована на засадах інстанційності. Система судово-медичної експертизи України складається з:

– Державної спеціалізованої установи «Головне бюро судово-медичної експертизи МОЗ України»;

– Кримської республіканської установи «Бюро судово-медичної експертизи»;

- бюро судово-медичної експертизи департаментів охорони здоров'я обласних державних адміністрацій;
- бюро судово-медичної експертизи Київської міської та Севастопольської міської державних адміністрацій.

У обласному бюро судово-медичної експертизи є наступні структурні підрозділи:

- 1) відділ судово-медичної експертизи потерпілих, обвинуваних і інших осіб;
- 2) відділ судово-медичної експертизи трупів;
- 3) судово-медична лабораторія, яка має: відділення судово-медичної криміналістики, відділення судово-медичної токсикології, відділення судово-медичної гістології, відділення судово-медичної цитології, відділення судово-медичної імунології з відділенням молекулярно-генетичної експертизи;
- 4) відділ комісійних експертиз;
- 5) відділ чергових експертиз;
- 6) організаційно-методичний відділ;
- 7) адміністративно-господарська частина з канцелярією та архівом;
- 8) міські та районні (міжрайонні) відділення.

Судово-медична документація

Основним документом судово-медичної експертизи є *“Висновок судово-медичного експерта”*, який складається з трьох основних частин: вступної, дослідницької (описової) і заключної.

У вступній частині вказується:

- коли, де і хто проводив судово-медичну експертизу;
- на якій підставі;
- хто був присутній;
- які матеріали експерт використовував;
- які дослідження проводилися;
- які питання були поставлені перед експертом.

Описова частина містить відомості про те, що було виявлено експертом при дослідженні і які використовувалися при цьому методи.

У *заклучній частині* викладаються висновки експерта, його відповіді на поставлені питання.

Висновок експерта в кримінальному провадженні є процесуальним джерелом доказів (ч. 2 ст. 84 КПК), який не є обов'язковим для особи або органу, який здійснює провадження, і не має наперед встановленої доказової сили (ч. 2 ст. 94, ч. 10 ст. 101 КПК).

Проте на практиці останнє правило майже не виконується. В більшості випадків суд та слідчий (прокурор) ставляться до висновку експерта як до непорушної істини, яка є ключовою та вирішальною для обґрунтування обвинувачення та подальшого постановлення вироку. Особливо це стосується судово-медичних експертиз, що проводяться обов'язково (ч. 2 ст. 242 КПК).

Контрольні питання

- 1) Предмет, методи та завдання судової медицини.
- 2) Значення судової медицини у діяльності працівників Національної поліції.
- 3) Судово-медична експертиза, її визначення та підстави призначення.
- 4) Закони України, які регламентують зміст та порядок призначення судово-медичної експертизи.
- 5) Приводи призначення судово-медичної експертизи.
- 6) Обов'язки, права, відповідальність та відведення судово-медичного експерта.
- 7) Об'єкти судово-медичної експертизи.
- 8) Види судово-медичної експертизи.
- 9) Участь судово-медичного експерта у слідчих діях.
- 10) Участь судово-медичного експерта у судовому засіданні.
- 11) Організація судово-медичної експертизи.
- 12) Судово-медична документація.

Ситуаційні завдання

1. Гр-н С., 27 років, після отримання побоїв звернувся в бюро судово-медичної експертизи. У якому підрозділі бюро повинно проводитись його обстеження?
2. До якого виду судово-медичної експертизи відноситься експертиза, в якій крім судово-медичного експерта приймають участь криміналіст та токсиколог?

Тестові завдання

Виберіть одну правильну відповідь

1. Який документ є підставою для проведення судово медичної експертизи?
 - a) постанова слідчого судді;
 - b) напрям органів дізнання;
 - c) ухвала органів слідства;
 - d) напрям лікувальної установи.
2. Які знання використовує судово-медичний експерт при проведенні експертизи?
 - a) загальні медичні знання;
 - b) спеціальні судово-медичні знання;
 - c) криміналістичні знання;
 - d) життєвий досвід.
3. Який документ оформляє експерт після проведеної експертизи?
 - a) протокол судово-медичної експертизи;
 - b) акт судово-медичного дослідження;
 - c) висновок судово-медичного експерта;
 - d) акт судово-медичного огляду.

Процесуальні та організаційні основи
судово-медичної експертизи

4. Хто не може входити до складу судово-медичної експертної комісії, крім судово-медичного експерта?
- a) фельдшер;
 - b) криміналіст;
 - c) автомеханік;
 - d) лікар-клініцист.
5. В яких випадках призначають додаткову експертизу?
- a) при необґрунтованих висновках;
 - b) недостатній чіткості висновків;
 - c) при виникненні нових слідчих даних;
 - d) проведених не в повному об'ємі досліджень.
6. Де є Бюро судово-медичної експертизи?
- a) кожному обласному центрі;
 - b) кожному місті;
 - c) кожному районному центрі;
 - d) у кожному селищі міського типу.
7. Якими нормативними актами не регламентується проведення судово-медичної експертизи?
- a) наказами керівників територіальних органів охорони здоров'я;
 - b) цивільним кодексом;
 - c) кримінальним процесуальним кодексом;
 - d) кримінальним кодексом.
- e) Яку відповідальність може понести експерт за злісне ухилення від явки до суду, до органів досудового розслідування або прокурору під час досудового розслідування?
- a) адміністративну;
 - b) матеріальну;
 - c) кримінальну;
 - d) дисциплінарну.

8. В яких випадках обов'язкове проведення комісійної судово-медичної експертизи?
- a) при первинній експертизі;
 - b) при повторній експертизі;
 - c) при додатковій експертизі;
 - d) при експертизі по кримінальних справах у зв'язку з професійними правопорушеннями медичних працівників.
9. Який відділ не входить до складу бюро судово-медичної експертизи?
- a) відділ судово-медичної експертизи трупів;
 - b) танатологічний відділ;
 - c) відділ судово-медичної експертизи потерпілих, обвинувачених і інших осіб;
 - d) організаційно-методичний відділ.
10. Що не є об'єктом судово-медичної експертизи?
- a) протоколи огляду місця події;
 - b) трупи;
 - c) живі особи;
 - d) речові докази біологічного походження;
 - e) медична документація.
11. Чи несе за проведену експертизу відповідальність лікар-експерт?
- a) так;
 - b) ні.
12. Чи підпорядковується діяльність судово-медичних бюро Міністерству внутрішніх справ України?
- a) так;
 - b) ні.
13. Чи має право слідчий бути присутнім під час проведення судово-медичної експертизи?
- a) має право;

Процесуальні та організаційні основи
судово-медичної експертизи

- b) не має права;
- c) в окремих випадках.

14. За участю кого слідчий має право проводити огляд трупа на місці його виявлення?

- a) патологоанатома;
- b) судово-медичного експерта;
- c) консультанта.

15. Яке головне завдання судово-медичного експерта після прибуття на місце виявлення трупа?

- a) встановлення наявності ушкоджень;
- b) встановлення причини смерті;
- c) встановлення факту настання смерті;
- d) встановлення локалізації ушкоджень;
- e) знаходження речових доказів.

16. Яку функцію виконує судово-медичний експерт при огляді трупа на місці події?

- a) експерта з медицини;
- b) фахівця в області судової медицини;
- c) судово-медичного експерта;
- d) лікаря-експерта.

17. Хто виконує обов'язки організації доставки трупа, одягу та речових доказів в морг та лабораторію?

- a) родичі;
- b) дільничний лікар;
- c) слідчий;
- d) експерт-криміналіст.

18. Оцініть правильність цього твердження: «Якщо для огляду трупа на місці його знаходження неможливо викликати судово-медичного експерта, то згідно з КПК України залучають лікаря будь-якого фаху»

- a) правильно;
- b) неправильно.

19. Хто не підлягає судово-медичному дослідженню з наступних категорій трупів?
- a) при раптовій смерті;
 - b) при насильницькій смерті;
 - c) трупи невідомих осіб;
 - d) особи з встановленим в лікувальних закладах діагнозом;
 - e) новонароджених, які народилися поза лікувальним закладом.

Рекомендована література

Базова

1. Грицаенко П. П. Судебная медицина : учебник для прикладного бакалаврата. Москва : Юрайт, 2017. 299 с.
2. Завальнюк А.Х. Судова медицина : курс лекцій : навч. посіб. 2-е вид., перероб. і доп. - Тернопіль : Укрмедкнига, 2006. 672 с.
3. Кримінальний кодекс України : Закон України від 05.04. 2001 № 2341-III. Дата оновлення: 14.11.2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14#Text> (дата звернення: 06.12.2020).
4. Кримінальний процесуальний кодекс України : Закон України від 13.04. 2012 № 4651-VI. Дата оновлення: 11.09.2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4651-17#Text> (дата звернення: 06.12.2020).
5. Про Національну поліцію : Закон України від 02.07.2015 № 580-VIII. Дата оновлення: 22.10.2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/580-19#Text> (дата звернення: 06.12.2020).
6. Про розвиток та вдосконалення судово-медичної служби України : наказ Міністерства охорони здоров'я від 17.01.1995 р. № 6. Офіційний вісник України. 2013. № 22. С.126.
7. Про судову експертизу: закон України від 25.02.1994 № 4038-XII. Дата оновлення: 03.07.2020. URL:

Процесуальні та організаційні основи судово-медичної експертизи

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4038-12#Text> (дата звернення: 06.12.2020).

8. Судова медицина : підручник для ВНЗ / Герасименко О.І. та ін. ; за ред. О.І. Герасименка О.І. Вид. 3-є, переробл. та допов. Київ : КНТ, 2016. 630 с.

9. Судова медицина та судово-медичні експертизи : навч. посіб. / Григус І.М. та ін. Львів : Новий Світ-2000, 2019. 207 с.

10. Тагаев Н.Н. Судебная медицина : учебник. 2-е изд., перераб. и доп. Харьков : Факт, 2003. 1253 с.

11. Цивільний кодекс України : Закон України від 16.01.2003 № 435-IV. Дата оновлення: 16.10.2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15#Text> (дата звернення: 06.12.2020).

12. Цивільний процесуальний кодекс : Закон України від 18.03.2004 № 1618-IV. Дата оновлення: 13.08.2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1618-15#Text> (дата звернення: 06.12.2020).

Допоміжна

1. Девяткин А.Е., Винник Н.И., Черняк В.В. Судебная медицина : учебн. пособ. Полтава, 2017. 147 с.

2. Лящ А.О. Судова медицина : навч. посіб. Київ : Університет «Україна», 2007. 276 с.

3. Пауков В.С. Судебная медицина : лекции. Москва : Норма: НИЦ Инфра-М, 2012. 288 с.

4. Пашинян Г.А., Буромский И. В., Клевно В. А. Судебно-медицинская экспертиза: Термины и понятия: словарь для юристов и судебно-медицинских экспертов. Москва : Юр.Норма, НИЦ ИНФРА-М, 2018. 256 с.

СУДОВО-МЕДИЧНА ТАНАТОЛОГІЯ. РАННІ ТА ПІЗНІ ТРУПНІ ЯВИЩА

Мета: вивчити основні положення судово-медичної танатології, знати види та типи смерті, етапи вмирання, ранні та пізні трупні явища; ознайомитися з принципами визначення давності настання смерті.

Основні поняття: види та типи смерті, етапи вмирання, ознаки смерті, трупне охолодження, трупне висихання, трупні плями, гіпостаз, стаз, імбібіція, трупне залякання, аутоліз, гниття, муміфікація, жировіск, торф'яне дублення, трупна фауна.

За результатами вивчення теми здобувач вищої освіти повинен:

знати:

- зміст поняття «танатологія». Загальні відомості про смерть;
- судово-медичну класифікацію смерті;
- ранні трупні явища;
- пізні трупні явища;
- методику визначення давності настання смерті;
- судово-медичну експертизу трупів раптово померлих осіб;

уміти:

- визначати факт настання смерті у часі по вірогідним та достовірним ознакам.

Методичні рекомендації для підготовки до теми заняття

Приставаючи до вивчення теми заняття, необхідно з'ясувати основні відомості про танатологію, термінальний стан (передагональна фаза, термінальна пауза, агонія) і його судово-медичне значення, ознаки клінічної і біологічної смерті (відсутність дихання, пульсу, серцебиття, рефлексів, у тому числі, з боку рогівки і зіниці ока), зміни, які настають в органах та тканинах організму після смерті, переживання тканин, методи його визначення.

Далі вивчають судово-медичну класифікацію смерті. При цьому звертають увагу на дві категорії смерті: насильницьку і ненасильницьку, а також вивчають вид та рід насильницької смерті. Розглядають причини насильницької смерті (порушення цілісності та функцій життєво важливих органів, гостре кисневе голодання, шок і т.д.).

Потім послідовно розглядають ранні вірогідні ознаки смерті: охолодження тіла, трупне висихання, трупні плями (стадії і термін їх розвитку, методи дослідження), трупне залякання (механізм розвитку і засоби виявлення), аутоліз. При цьому уточнюють які умови сприяють або затримують розвиток окремих трупних явищ та звертають увагу на медико-криміналістичне значення ранніх трупних явищ.

Далі вивчають пізні трупні процеси (руйнівні та консервуючі). На початку розглядають процес гниття трупа, з'ясовують ознаки початку гниття, зовнішні та внутрішні фактори, які сприяють або затримують процес гниття, послідовність розвитку гниття трупа. Потім переходять до вивчення консервуючих трупних явищ: муміфікації, жировоску, торф'яного дублення. Необхідно визначити в яких умовах та в який термін відбувається природня консервація, що вони собою являють та яке їх судово-медичне значення. На закінчення заняття з'ясовують методика визначення давності настання смерті (час появи трупних ознак, термін їх зберігання

і т.д.). Крім того, визначають поняття про раптову смерть, фактори ризику, які зумовлюють її (фізична і психічна перенапруга, алкогольна інтоксикація і т.д.), а також розглядають особливості дослідження трупів раптово померлих осіб (детальний огляд трупа на місці його виявлення, ознайомлення з медичною документацією померлої людини з метою дослідження її прижиттєвих захворювань).

Конспект навчального матеріалу

Наука, що вивчає процес вмирання, смерть і посмертні прояви, називається *танатологією*. Танатологія є складовою частиною судової медицини.

Після зупинки серця і дихання організм ще протягом деякого часу продовжує свою життєдіяльність. Цей стан називається *передсмертним* або *термінальним*.

У термінальному стані розрізняють наступні фази:

1. *Передагональний стан* – спостерігається загальмованість, однак свідомість ще збережена, артеріальний тиск падає, пульс прискорюється, дихання поверхневе, шкіра стає блідою.

2. *Агональний стан (агонія)* – починається з термінальної паузи, яка триває 2-4 хв., характеризується зупинкою (завмиранням) дихання. Артеріальний тиск і пульс вже не визначаються, дихання набуває характер судомного захоплення повітря, гіпоксія викликає пригнічення діяльності кори головного мозку, що призводить до звуження свідомості. Також спостерігається набряк легень, шкіра стає синюшною.

3. *Клінічна смерть* – триває до 5-7 хв., відсутні усі видимі ознаки життя – припинена дихальна і серцева діяльність, рефлексів немає. Однак ще збережені обмінні процеси й у цей період можна оживити людини.

4. Якщо ж оживити людину в цей період не вдається, то клінічна смерть переходить у біологічну смерть.

Ознаки настання біологічної смерті

Вірогідні ознаки смерті:

1. Нерухоме положення тіла.
2. Бліда (синюшна) шкіра.
3. Відсутність дихання, пульсу і серцебиття.
4. Відсутність чутливості на больові, термічні і нюхові подразники.
5. Відсутність рефлексів з боку рогівки і зіниці ока.

Достовірні ознаки смерті:

1. Температура в прямій кишці становить менше 23°C.
2. Ознаки висихання рогівки.
3. Трупні плями.
4. М'язове залякання.
5. Ознака Білоглазова (симптом «котячого ока») – при натисканні з боків на очне яблуко зіниця набуває вигляд вертикальної щілини.

Судово-медична класифікація смерті

Категорія	Насильницька	Ненасильницька
Рід	вбивство; самогубство; нещасний випадок	фізіологічна; передчасна
Вид	механічна травма; асфіксія; отруєння; термотравма; баротравма; іонізуюче випромінювання	захворювання серцево-судинної, дихальної, травної, нервової, сечостатевої системи та ін.

РАННІ ТРУПНІ ЯВИЩА

1. **Трупне висихання** настає внаслідок випару з поверхні шкірних покривів і слизових оболонок. Швидкість цього процесу залежить від температури навколишнього середовища та вологості. Трупне висихання починається з обличчя, потім охоплює тулуб і кінцівки. Висихання поширюється в низхідному напрямку. Першою (приблизно через 5-6 годин) підсихає рогівка очей, вона стає мутною. Склера підсихає у вигляді трикутників по обидві сторони від рогівки, вона має сірувато-жовтий колір. Далі підсихають шкіра обличчя, особливо губи, а також шкіра пальців рук – вони стають щільними, зморшкуватими, червонувато-бурого кольору. Особливо швидко підсихають прижиттєві і посмертні садна. Підсохлі ділянки шкіри одержали назву *пергаментних плям*.

2. **Трупне охолодження**. Швидкість трупного охолодження залежить від температури навколишнього середовища, маси тіла, пози трупа, характеру одягу, причини смерті, стану в якому знаходився потерпілий до настання смерті. У перші 6 годин після смерті температура тіла знижується через кожну годину на 1 градус, а після 6 годин – через кожні 2 години на 1-1,5 градуса. Достовірна ознака смерті – температура тіла трупа нижче 23°C.

3. **Трупне (м'язове) залякання** - стан ущільнення і скорочення всіх м'язів трупа. Починається воно через 2-4 години й охоплює всі м'язи через 8-10 годин. Поширюється цей процес зверху вниз. Найбільшої щільності м'язи досягають до кінця першої доби після смерті і зберігаються протягом 2-3 днів, а потім м'язи починають поступово розм'якуватися. Іноді, при низькій температурі залякання продовжується до 5-7 доби. У воді трупне залякання продовжується в 3-4 рази довше, ніж на повітрі. Дуже швидко трупне залякання настає після отруєння, а також після смерті від правця. Трупне залякання визначають промацуванням м'язів і шляхом згинання і розгинання кінцівок в суглобах.



4. **Трупні плями** – просвічування крові через шкіру при скупченні її в нижче розташованих відділах трупа.



Розрізняють 3 стадії розвитку трупних плям:

1. **Гіпостаз** – відтік крові в нижче розташовані відділи трупа, плями з'являються через 0,5 – 1 годину після смерті. При зміні положення трупа плями переміщуються. При натисненні на пляму вона цілком зникає і після відібранні руки швидко відновлює свій колір.

2. *Стаз (дифузія)* – міжклітинна рідина просочується в судини і руйнує кров (гемоліз). Продовжується цей період – від 8-12 годин до кінця доби. При зміні положення трупа плями повільно переміщуються. При натисненні на них бліднуть і повільно відновлюють свій колір.

3. *Імбібіція* – просочування навколишніх м'яких тканин кров'ю, що розпалася. Період триває від 1 до 2 доби. При зміні положення трупа плями не переміщуються і при натисненні колір їх не змінюється.

Локалізація трупних плям залежить від положення трупа. На якій стороні лежить труп – на такій і розташовуються трупні плями. Якщо трупні плями спостерігаються і на передній і задній поверхні, то це означає, що положення трупа після смерті змінювалося.

Колір трупних плям – у більшості випадків вони синюшно-багряного кольору. Однак можуть бути рожевими (при отруєнні окисом вуглецю, при утопленні), вишневими (при отруєнні ціаністими сполуками).

Швидкість розвитку трупних плям

Прискорено плями утворюються при швидкій смерті. Більш повільно формуються плями при великій крововтраті, у виснажених людей.

Відмінність синців від трупних плям

Для синців характерні припухлість, осадненість, чіткі контури, наявність рідини і зсілої крові. Для з'ясування роблять хрестоподібний розріз.

4. *Аутоліз* (трупне самопереварювання). Однак ця ознака є достовірною тільки для судово-медичного експерта (тому що визначає він її тільки при розтині трупа). Після смерті деякі органи і тканини піддаються дії ферментів, шлункового соку. У результаті настає самопереварювання, особливо тих органів, де міститься багато ферментів (підшлункова залоза, наднирники, печінка й ін.). У зв'язку з цим внутрішні органи стають в'ялими, тьмяними, просочуються зруйнованою кров'ю. Слизова оболонка шлунку, а також і інші оболонки,

швидко руйнуються, і його вміст може потрапити в черевну порожнину. Більш інтенсивне самопереварювання органів і тканин спостерігається при швидкому настанні смерті (нещасний випадок, дорожньо-транспортна пригода), коли ферменти не встигають руйнуватися і, тому трупні явища розвиваються швидше.

ПІЗНІ ТРУПНІ ЗМІНИ

До них відносяться: процеси, які руйнують труп (гниття та трунна фауна) та процеси, які консервують труп (муміфікація, жировіск, торф'яне дублення).

Гниття – це розпад білків організму під впливом мікробів. Оптимальні умови для гниття: це температура навколишнього середовища + 25 - +35°C і підвищена вологість повітря. При температурі нижче 0°C і вище +55 - +60°C, нестачі води і кисню гниття припиняється. Сповільнюється гниття при великій крововтраті, різних отруєннях.

Починається гниття в товстому кишечнику. Перші ознаки гниття з'являються на другу добу, а іноді до кінця першої доби після смерті. При цьому утворюються гази (такі як сірководень, метан, аміак і ін.). Вони виділяються через ніс, рот, тому від трупа починає відчуватися запах гниття. Крім того, гази починають потрапляти у підшкірно-жирову клітковину і роздувають труп (це називається трупною емфіземою).

Спочатку відбувається позеленіння шкіри у пахових областях на другу добу після смерті, на 3-5 добу – воно поширюється по всьому животу, через 8-12 діб – на шкіру всього трупа.

У воді гниття трупів у два рази повільніше, ніж на повітрі, а в землі – повільніше в 6-10 разів.

Надалі протягом 3-4 років м'які тканини трупа поступово розм'якшуються і перетворюються в смердючу кашкоподібну масу. Скелет зберігається досить тривалий час (не менше 5-10 років). Різко виражене гниття трупа – не перешкоджає

судово-медичному дослідженню.

Трупна фауна. Трупи можуть бути зруйновані комахами, гризунами, дрібними і великими хижаками. Найбільше значення в руйнуванні трупа грають мухи (трупні сині, м'ясні). Вони цілком руйнують труп дорослого за 1-1,5 місяця, а труп немовляти за 1,5-2 тижня. Мухи відкладають навколо природніх отворів (рота, носа і т.д.) велику кількість яєць у вигляді білих крупинок. Через добу з яєць утворюються личинки, які починають активно руйнувати м'які тканини трупа. При цьому личинки виділяють ферменти, які розплавляють м'які тканини. Через 1,5-2 тижня з личинок утворюються лялечки, а з них через 2 тижні з'являються мухи. Наявність на трупі яєць, личинок, лялечок і дорослих мух дозволяє визначити час його руйнування.

Муміфікація – це висихання трупа, що знаходиться або в сухому, добре провітрюваному приміщенні (наприклад, вентильційні люки, повішення на горищах) або в піщаному ґрунті. Муміфікація спостерігається через 6-12 місяців. При муміфікації труп втрачає 9/10 своєї первісної ваги, шкіра стає буро-коричневого кольору, іноді ламкою. Муміфіковані трупи зберігаються дуже довгий час, це дозволяє ідентифікувати особистість, встановити ушкодження і колишні захворювання.

Жировіск. Розвивається жировіск у вологому середовищі, без доступу повітря. М'які тканини здобувають спочатку мазеподібну, а потім крихку масу. В основі цього явища лежить процес розкладання жиру на гліцерин і жирні кислоти (олеїнову, пальмітинову, стеаринову й ін.). Спочатку жировіск з'являється в підшкірній жировій клітковині живота, потім в інших частинах тіла і, також у внутрішніх органах (таких як печінка і нирки). Починає формуватися жировіск вже через 2-3 місяця, а остаточно формується через рік.



Торф'яне дублення. Це явище зневоднювання трупа при потраплянні його на торф'яні болота або ґрунт з великим вмістом гумусових кислот. Під їхнім впливом шкіра здобуває темно-бурий колір, ущільнюється, піддаючись дубленню. Ці кислоти розчиняють мінеральні солі в кістках і вони стають м'якими (їх можна різати ножем). Внутрішні органи зменшуються в розмірах. Труп зберігається дуже довго і завдяки цьому можна ідентифікувати особистість потерпілого.

Способи (орієнтовного) встановлення давності настання смерті.

Трупні плями.

Через 2 години після смерті трупні плями відновлюються через кілька секунд після натиснення, через 4 години після смерті – за 30 сек., через 6-8 годин – за 1-2 хв., через 10-12 годин – за 5-8 хв., через 14-16 годин – за 8-10 хв., через 18-20 годин – за 15 хв., через 22-24 години - уже не зникають і не бліднуть.

М'язове залякання.

Настає через 2-4 години й остаточно формується до кінця доби. Починаючи з третьої доби – спостерігається зменшення м'язового залякання.

Трупне охолодження.

Через 6 годин після смерті температура тіла в паховій ямці складає 31°C, через 12 годин - 26°C, через 18 годин - 20°C. При масі 70-80 кг і температурі навколишнього середовища +18°C через кожну годину температура тіла трупа падає на 1°C. А через 6 годин після смерті температура тіла трупа кожну годину знижується на 0,5°C.

Трупне висихання.

Часткове висихання шкіри і слизових оболонок на трупі з'являється через 4-5 годин.

Механічний вплив на тканині трупа.

При сильному і різкому ударі об тіло трупа під шкірою з'являється м'язовий валик. Це свідчить про те, що смерть настала не пізніше 4-8 годин.

За ступенем гниття.

1. Шкіра пахових областей здобуває зелений колір через 1-1,5 доби.
2. Позеленіння усього живота спостерігається через 5 діб.
3. Здуття трупа спостерігається через 3 доби.
4. Пухирі внаслідок гниття брудно-зеленого кольору з відторгненням шкіри з'являються через 1,5-2 тижня.
5. Розм'якшення тканин внаслідок гниття виникає через 3-4 місяця.
6. Повне руйнування тканин настає через рік.
7. Руйнування кісток відбувається не раніше ніж через 5 років.

Муміфікація.

Часткова муміфікація настає вже через 2-3 місяця. Повна муміфікація спостерігається через 6-12 місяців. Повна муміфікація немовляти настає через 3 місяці.

Жировіск.

Жировіск формується через 2-3 місяця. Починається жировіск через 2 тижні. Повне формування жировіску настає через рік. У немовляти жировіск формується через 4-5 місяців, а його початок формування – через 3-4 тижні.

Визначення давності перебування трупа у воді.

Збліднення і розпушення шкіри долоні, що знаходиться у воді при температурі 23°C тепла, настає через 30 хв. Через 1,5 години можна спостерігати побіління і мацерацію тильної поверхні кисті, через 20 годин шкіра долоні виглядає суцільно білою і зморщеною, до кінця другої доби побіління і зморщення охоплює всю кисть, а «рукавички смерті» знімаються з кисті через 72 години з моменту потрапляння трупа у воду.

Контрольні питання

1. Поняття про танатологію.
2. Діагностика клінічної та біологічної смерті, вірогідні і абсолютні ознаки смерті.
3. Ранні трупні ознаки. Охолодження трупа.
4. Трупне висихання.
5. Трупне залякання, механізм розвитку і засоби виявлення.
6. Трупні плями, стадії і термін їх розвитку, методи дослідження.
7. Пізні трупні ознаки. Процес гниття трупу.
8. Природна консервація трупів: муміфікація та торфяне дублення.
9. Жировіск.
10. Поняття про раптову смерть. Особливості дослідження трупів раптово померлих осіб.

Ситуаційні завдання

1. На місці пригоди знайдено труп без ознак насильницької смерті. При огляді у ділянці лоба, грудної клітки, передньої поверхні обох стегон виявлено плями синюшно-багряного кольору. В момент виявлення труп знаходився на спині. При натисненні на досліджувані трупні плями відновлення їх кольору відбувається через 90 сек. Наявність цілковитого трупного залякання. Який можна зробити висновок? Визначте орієнтовний час настання смерті?

2. При огляді трупа на місці його виявлення судово-медичний експерт відмітив відсутність м'язового залякання. Про що цей факт може свідчити?

Тестові завдання

Виберіть одну правильну відповідь

1. Що не відносять до ранніх трупних явищ?
 - a) трупне висихання;
 - b) трупне охолодження;
 - c) м'язове залякання;
 - d) трупне гниття.
2. Що не відносять до пізніх трупних явищ?
 - a) муміфікацію;
 - b) м'язове залякання;
 - c) жировіск;
 - d) трупну фауну.
3. Яка оптимальна температура навколишнього середовища для протікання процесів гниття?
 - a) нижче +25°C;
 - b) +25 - +35°C;
 - c) +45 - +55°C;
 - d) вище +55°C.

Судово-медична танатологія.
Ранні та пізні трупні явища

4. Де з'являються перші зовнішні ознаки гниття (позеленіння шкіри) трупа?
- a) в області голови;
 - b) в області кінцівок;
 - c) в області грудної клітки;
 - d) в області живота.
5. Назвіть оптимальні умови муміфікації трупа?
- a) підвищена вологість середовища та відсутність повітря;
 - b) сухе, добре провітрюване середовище;
 - c) підвищена вологість та добра вентиляція повітря;
 - d) сухість та відсутність вентиляції повітря.
6. Назвіть оптимальні умови утворення жировоску?
- a) підвищена вологість середовища та відсутність повітря;
 - b) сухе, добре провітрюване середовище;
 - c) підвищена вологість та добра вентиляція повітря;
 - d) сухість та відсутність вентиляції повітря.
7. Що відбувається при натисканні на трупні плями і зміні положення трупа в стадії гіпостазу?
- a) плями швидко відновлюють колір і переміщуються;
 - b) плями повільно відновлюють колір і переміщуються;
 - c) плями не відновлюють колір і не переміщуються;
 - d) плями відновлюють колір, але не переміщуються.
8. Скільки часу триває стадія імбібіції при формуванні трупних плям?
- a) від 1,5 до 8 годин;
 - b) від 8-12 годин до 1 доби;
 - c) від 1 до 2 доби;
 - d) від 3 до 4 доби.

9. Що не відносять до трупної фауни?
а) комах;
б) плазунів;
в) гризунів;
г) хижаків.
10. Що відбувається під дією торф'яного дублення?
а) шкіра ущільнюється, а кістки стають м'якими;
б) шкіра розм'якшується, а кістки стають крихкими;
в) шкіра ущільнюється, а кістки стають крихкими;
г) шкіра розм'якшується та кістки стають м'якими.
11. Внаслідок чого утворюються трупні плями?
а) посмертного згортання крові;
б) посмертного стікання крові у нижні відділи трупа;
в) падіння температури тіла;
г) посмертного висихання.
12. Назвіть послідовність стадій при формуванні трупних плям?
а) гіпостаз, дифузія (стаз), імбібіція;
б) дифузія (стаз), імбібіція, гіпостаз;
в) імбібіція, гіпостаз, дифузія (стаз).
13. Що відбувається при натисканні на трупні плями в стадії імбібіції?
а) не змінюють колір;
б) зникають;
в) бліднуть.
14. Як називається друга стадія формування трупних плям?
а) жировіск;
б) гіпостаз;
в) дифузія (стаз);
г) імбібіція.

Судово-медична танатологія.
Ранні та пізні трупні явища

15. Оцініть правильність цього твердження: «Трупне за-
клякання розвивається у порядку знизу-наверх»

- a) правильно;
- b) неправильно.

16. Як відбувається падіння температури трупа при
його охолодженні при звичайній кімнатній температурі за 1
годину в перші шість годин після настання смерті?

- a) знижується на 1 градус;
- b) знижується на 3 градуси;
- c) знижується на 5 градусів.

17. З яких ділянок трупа починається охолодження?

- a) з рук;
- b) з голови;
- c) з тулуба;
- d) з відкритих ділянок тіла.

18. Що являє собою жировіск?

- a) процес утворення жирів;
- b) омилення жирів;
- c) процес охолодження трупа;
- d) процес утворення воску.

19. Скільки часу триває стадія гіпостазу при форму-
ванні трупних плям?

- a) 1-12 годин;
- b) 1-16 годин;
- c) 1-24 години.

20. З чого починається трупне за-
клякання?

- a) з м'язів кінцівок;
- b) з м'язів тулуба;
- c) з жувальних м'язів.

Рекомендована література

Базова

1. Датий А.В. Судебная медицина и психиатрия : учебник. 3-е изд. Москва : РИОР : ИНФРА-М, 2017. 294 с.
2. Долинак Д., Матшес Э.В., Лью Э.О. Судебно-медицинская экспертиза трупа. В 3 Т. ; пер. с англ, под ред. В.А. Клевно. Т. 1. Москва : Практическая медицина, 2020. 552 с.
3. Крюков В.Н. Судебная медицина : учебник. 2-е изд., перераб. и доп. Москва : Юр.Норма, НИЦ ИНФРА-М, 2016. 432 с.
4. Левенец І.В. Судова медицина : лекційний матеріал. Тернопіль : Економічна думка, 2007. 263 с.
5. Судова медицина (у схемах, таблицях і малюнках) : навч. посіб. / Лісовий А.С. та ін. ; за ред. К.А. Лісового, П.Л. Голубовича. Київ : Атіка, 2007. 412 с.
6. Судова медицина та судово-медичні експертизи : навч. посіб. / Григус І.М. та ін. Львів : Новий Світ-2000, 2019. 207 с.

Допоміжна

1. Завальнюк А.Х. Тлумачний словник судово-медичних термінів. Тернопіль : Укрмедкнига, 1999. 352 с.
2. Попов В. Л. Судебно-медицинская экспертиза: справочник. Санкт-Петербург : Из-во «Специальная литература», 1997. 331 с.
3. Судова медицина: підручник для ВНЗ / Герасименко О.І. та ін. ; за заг. ред. О.І. Герасименка. Вид. 3-є, перероб. та доп. – Київ: КНТ, 2016. 630 с.

СУДОВО-МЕДИЧНА ЕКСПЕРТИЗА УШКОДЖЕНЬ ГОСТРИМИ ТА ТУПИМИ ПРЕДМЕТАМИ

МЕТА: вивчити основи судово-медичної травматології; ознайомитися з принципами судово-медичної експертизи та правилам її призначення при ушкодженнях гострими та тупими предметами.

Основні поняття: травма, травматизм, гострі та тупі знаряддя і зброя, крововиливи, садно, рана, вивих, перелом.

За результатами вивчення теми здобувач вищої освіти повинен:

знати:

- визначення поняття “травма” та “травматизм”. Види травматизму;
- основні питання, які вирішують при експертизі ушкоджень гострими та тупими предметами;
- класифікацію гострих та тупих предметів;
- механізм утворення ушкоджень гострими та тупими предметами;
- основні види ушкоджень від дії гострих та тупих предметів;
- морфологічні ознаки ушкоджень, зумовлених дією гострих та тупих предметів;
- додаткові методи дослідження ушкоджень, які викликані дією гострих та тупих предметів;
- зміст та складання експертних висновків при ушкодженнях гострими та тупими предметами;

уміти:

- диференціювати ушкодження, які викликані дією гострих та тупих предметів;
- описувати локалізацію ушкоджень гострими та тупими предметами;
- визначати характер гострого та тупого травмуючого предмета;
- встановлювати механізм ушкоджень гострими та тупими предметами;
- визначати час та послідовність виникнення ушкоджень гострими та тупими предметами;
- аналізувати зміст та висновки судово-медичної експертизи ушкоджень гострими та тупими предметами.

**Методичні рекомендації для підготовки
до теми заняття**

Приступаючи до вивчення теми, слід визначити поняття “травма”, “травматизм”, розглянути класифікацію травматизму (виробничий, побутовий, транспортний, бойовий та ін.) і травм (смертельні і несмертельні, анатомічні і функціональні, первинні і вторинні). Потім приступають до вивчення класифікації тупих предметів за формою, характером та призначенням. Розглядають механізм утворення (удар, здавлення, розтягнення, тертя) та види ушкоджень від дії тупими предметами (синець, садно, рана, перелом), визначення по ним часу настання смерті. З’ясовують основні причини смерті при ушкодженні тупими предметами (крововтрата, шок, пневмоторакс, інфекція, струс головного мозку та інших органів, інтоксикація), а також вивчають основні питання, які вирішують при експертизі ушкоджень тупими предметами.

Далі необхідно розглянути класифікацію гострих предметів за формою, характером та призначенням, механізм утворення гострих поранень. Звертають увагу на загальні та

характерні ознаки ушкоджень, викликаних колючими (утворення невеликого вхідного отвору, довгий рановий канал, малопомітність рани при дослідженні), ріжучими (прямолінійний напрямок рани, півмісяцеві розходження країв рани, переважання довжини рани над глибиною, наявність додаткового розрізу при витягуванні ножа з рани, достатньо велика зовнішня кровотеча), колюче-ріжучими та рублячими (масивність порушень, ушкодження кісток, особливо склепіння черепа) предметами. Вивчають ознаки різаних ран, нанесених власною рукою (наявність декількох додаткових надрізів на краях рани, переважно косий напрямок рани, присутність вертикальних патьоків крові). Також визначають послідовність нанесення ушкоджень гострими предметами.

На завершення розглядають додаткові методи дослідження та особливості складання експертних висновків у випадках смерті від ушкоджень, спричинених гострими та тупими предметами.

Конспект навчального матеріалу

У судовій медицині *травмою* (ушкодженням) називається порушення анатомічної цілісності або функцій організму, яке викликане будь-яким фактором зовнішнього середовища (механічним, хімічним і т. д.).

Ушкодження, які виникають при однакових умовах і при подібних обставинах у визначеній категорії населення називаються *травматизмом*.

Види травматизму:

1. Виробничий (промисловий, сільськогосподарський).
2. Невиробничий (побутовий, спортивний).
3. Транспортний (автомобільний, залізничний і т.д.).
4. Військовий (бойовий, небойовий).

Розрізняють *смертельні і несмертельні* травми (ушкодження). Несмертельні травми можуть бути легкого, середнього і тяжкого ступеня.

У залежності від *діючого фактору* травми класифікуються на:

- механічні;
- хімічні;
- термічні травми;
- травми, викликані перепадом атмосферного тиску;
- ураження електричним струмом;
- дія іонізуючого випромінювання.

Травми підрозділяються на *первинні і вторинні*.

1. Первинні ушкодження.

2. Вторинні ушкодження – це такі ушкодження, які виникли в результаті основної травми (наприклад, при виникненні вивиху суглоба – це основне ушкодження – через деякий час може з'явитися артрит, запалення суглоба, це вже вторинне ушкодження).

За характером травми поділяються на *анатомічні* (сідна, синці, рани, вивихи і переломи кісток, травми внутрішніх органів, розчленування) і *функціональні* (струс головного мозку, струс тіла і внутрішніх органів, шок, рефлекторна смерть: стрес → спазм судин серця → інфаркт → смерть).

УШКОДЖЕННЯ ТУПИМИ ПРЕДМЕТАМИ

Класифікація тупих предметів

1. За *призначенням* розрізняють:

- *тупу зброю* (предмети, призначені для нападу або захисту) – кастет, кийок, нунчак і т. д.

Судово-медична експертиза ушкоджень гострими та тупими предметами

- *тупе знаряддя* (предмети, які використовують в побуті і на виробництві) – молоток, лопата і т. д.
 - *предмети, які не мають спеціального призначення* - ціпок, камінь і т. д.
2. За *формою* тупі предмети класифікують на:
- предмети з плоскою широкою поверхнею (наприклад, дошка, щит і ін.);
 - предмети з обмеженою контактуючою поверхнею (молоток);
 - грановані предмети (праска, цегла);
 - циліндричні предмети (ціпок, брухт);
 - сферичні предмети (гиря, гантелі);
 - предмети неправильної геометричної форми.
3. За *характером* матеріалу:
- металеві;
 - дерев'яні;
 - з органічної речовини (пластмасові предмети).

Механізм утворення травм

Існує чотири механізми утворення ушкоджень тупими предметами:

1. *Удар* – сильний різкий поштовх, при якому в короткий час відбувається зіткнення людини і предмета. При ударі з невеликою силою утворюються – садна, синці, а з великою силою – рани, переломи, вивихи, розриви внутрішніх органів.

2. *Здавлення* – воно виникає при дії на тіло двох, спрямованих із протилежних сторін, сил. Тривале здавлення (4-7 годин) викликає різкий набряк і омертвіння м'яких тканин. Надалі відбувається отруєння організму продуктами розпаду тканин (синдром тривалого здавлення).

3. *Розтягнення* – дія на тіло двох відцентрових сил, це може супроводжуватися виникненням рваних ран і відривом частин тіла.

4. *Тертя* – виникає коли тіло ковзає по предмету або коли тіло стикається з предметом, який рухається. При цьому, в основному виникають поверхневі ушкодження по типі саден або неглибоких ран.

Причини смерті при ушкодженні тупими предметами:

1. Крововтрата (смерть настає при втраті 2-3 л крові від її згущення і гіпоксії).

2. Шок важкого ступеня може викликати рефлекторну зупинку серця.

3. Емболія – закупорка кровоносних судин зруйнованими тканинами, киснем, кров'ю.

4. Пневмоторакс – у результаті травми повітря може потрапити в плевральну порожнину і викликати спадання легені.

5. Інфекція – може викликати нагноєння рани, сепсис (зараження всього організму).

6. Струс головного мозку і серця.

7. Інтоксикація – отруєння організму продуктами розпаду уражених тканин.

Характеристика ушкоджень, викликаних тупими предметами

1. *Садно* – це порушення цілісності епідермісу шкіри або епітелію слизової оболонки. Поверхня садна - рожево-червоного кольору, волога.



Виділяють чотири періоди загоєння саден:

1-й період – триває від моменту ушкодження до появи скоринки. При цьому дно садна нижче рівня здорової шкіри. Тривалість періоду - до 12 годин.

2-й період – через два дні скоринка садна знаходиться на рівні здорової шкіри.

3-й період – на 4-5 день скоринка відшаровується і на 7-12 добу остаточно відпадає.

4-й період – до 9-12 доби на місці садна залишається рожева пляма.

По саднам визначають місце і давнину ушкодження.

2. *Синець* – це скупчення крові в шкірі і підшкірній клітковині внаслідок крововиливу її з ушкоджених судин. Варто відрізнити синець від гематоми, тому що при останній спостерігається більший крововилив.

Протягом перших двох днів синець має синюшний колір, на 3-4 добу – синюшно-багряний і на 9-11 день синець має жовтувато-зелений відтінок.

По синцях можна визначити знаряддя ушкодження, спосіб нанесення ушкодження і їх давність.

3. *Рана* – це таке ушкодження, яке супроводжується порушенням цілісності шкіри і глибоко розташованих тканин. Варто розрізнити також поняття «рановий канал». Рановий канал – це порожнина, яка виникає в результаті розшарування м'яких тканин при проникненні предмета, що ушкоджує.

Форма рани залежить від контактуючої частини предмета, який травмує, і локалізації на тілі. Найчастіше при дії тупих предметів рани мають довгасту, зірчасту форму, краї рани нерівні. Характерна ознака рани – наявність сполучнотканинних перетинків на краях і на дні рани. Якщо рана розташовується на голові, то в рані можуть бути втиснене волосся.

Давність виникнення рани визначають *за ступенем загоєння*: невеликі рани загоюються протягом 5-9 днів, а великі – протягом декількох тижнів або місяців, а також *по рубцям, які утворюються, на місці рани*: а) до 3 місяців після поранення рубець має рожевий або червоний колір, м'який; через 6 місяців рубець стає синюшним; через рік – білим і щільним.

4. *Переломи* – це повне або часткове порушення цілісності кістки.

Переломи класифікують на *відкриті*, котрі супроводжуються порушенням цілісності шкіри і *закриті*, які не порушують цілісності шкіри. Переломи бувають без зсуву кісткових уламків і зі зсувом, а також з великою кількістю уламків. Крім того, переломи поділяються на *прямі*, які виникають на місці удару, і *непрямі*, які виникають на деякій відстані від місця травми (частіше ребра).

Велике судово-медичне значення мають переломи кісток черепа. Вони бувають вдавнені, осколкові і дірчасті.

Вдавнені переломи мають нерівні, зазубрені краї, неправильної прямокутної форми, П – подібні. З внутрішньої сторони черепа спостерігається рівномірний відкол внутрішньої кісткової пластинки (що вказує на перпендикулярний напрямок предмета, який травмує, останній частіше сферичної форми).



Осколкові переломи виникають у випадках нанесення численних ударів невеликим тупим предметом.

Судово-медична експертиза ушкоджень гострими та тупими предметами

Дірчасті переломи виникають при ударах з великою силою предметами, що мають невелику поверхню (молоток).

Розчленування – це дуже важка травма, найчастіше спостерігається при дії рейкового транспорту, авіакатастрофах, при приховуванні злочину. По краях рани та її формі можна визначити яким предметом і при яких умовах могло відбутися відділення частин тіла.

УШКОДЖЕННЯ ГОСТРИМИ ПРЕДМЕТАМИ

До *гострих* предметів відносяться такі предмети, які мають гострі краї або гострі кінці.

За *призначенням* гострі предмети класифікують на:

1. Гостре знаряддя (ніж, бритва, шило, сокира).
2. Гостру зброю (фінський ніж, кинджал, шабля).
3. Предмети, які не мають спеціального призначення (залізний прут, дерев'яний ціпок і т. д.).

За *формою* гострі предмети підрозділяються на ріжучі, колючі, колюче-ріжучі, рублячі та предмети, які розпилюють.

Ушкодження ріжучими предметами

Ушкодження предметами, що ріжуть, характеризуються наявністю гострого краю - леза. До ріжучих предметів відносять ножі, бритви, уламки скла. Рани, заподіяні предметами, що ріжуть, поділяються на проникаючі, глибокі, з ушкодженням і без ушкодження внутрішніх органів.

Особливості різаної рани:

1. Рани мають прямолінійний напрямок.

2. В наслідок розходження країв рани мають півмісяцеву або веретеноподібну форму.
3. Довжина рани переважає над глибиною.
4. Рівні і гладкі краї рани закінчуються додатковим розрізом (подряпиною), який виникає при витягуванні ножа з рани.
5. Достатньо велика зовнішня кровотеча (за напрямком патьоків крові можна судити про положення тіла в момент нанесення ушкодження).

Ознаки різаної рани, яка нанесена власною рукою:

1. Наявність на кінцях і краях рани додаткових надрізів (тобто було кілька рухів).
2. Косий напрямок рани (частіше рану спричиняють зліва направо і зверху вниз).
3. Наявність вертикальних патьоків крові (тому що заподіюють ушкодження сидючи або стоячи).

Ушкодження колючими предметами

До колючих предметів відносять знаряддя подовженої форми з загостреним кінцем (шило, голка, багнет, ножиці).

Особливості колотої рани:

1. Утворюється невеликий вхідний отвір.
2. Довгий рановий канал.
3. Часто у наявності є вихідний отвір.
4. Такі рани малопомітні при швидкому огляді.

Ушкодження колюче-ріжучими предметами

Це найпоширеніші ушкодження. До колюче-ріжучих предметів відносять ножі з загостреними клинками.

Судово-медична експертиза ушкоджень гострими та тупими предметами

Розрізняють предмети з:

- 1) двосічними краями клинка (кинджал, кортик);
- 2) одним загостреним краєм (фінський ніж, ножиці).

Якщо рана викликана ножем з однобічним заточенням леза, то один кінець її буде закруглений або П-подібної форми, а інший – у вигляді гострого кута.

При пораненні двосічним предметом рана має гострі кінці і рівні краї.

Коли клинок при витягненні його з рани повертають навколо своєї осі або потерпілий рухався, то з'являється додатковий розріз, а рана набуває форму ластівчиного хвоста.

Один з важливих ознак колото-різаних поранень – перевага глибини над довжиною рани.

Смерть при колото-різаних ранах настає від великої кровотечі.

Ушкодження рубаячими предметами

До предметів, якими рубають, відносять відносно важкі знаряддя з гострим лезом (сокира, шабля). Рубані рані зазвичай мають лінійну форму, рівні краї і гострі кінці і дуже нагадують різані рані. Однак мають велику глибину і викликають масивні ушкодження, а також ушкодження кісток.

Особливо часто зустрічаються ушкодження кісток черепа. При цьому в залежності від сили удару утворюються лінійні надруби або розруби з численними тріщинами й переломами.

Ушкодження предметами, якими пиляють

Головним чином це нещасні випадки в побуті і на виробництві. Іноді це пов'язано з приховуванням злочину.

Пилки заподіюють прямолінійні з зазубреними й осадненими краями рани, на дні яких є сполучнотканинні перетинки і насічки на кінцях рани.

*Питання, що вирішують при судово-медичній експертизі
різаних, колотих, колото-різаних і рубаних поранень:*

1. Чи може ця рана бути викликана ріжучими, колотими, колюче-ріжучими і рублячими предметами?
2. Одним або декількома гострими предметами заподіяна рана?
3. Яке ушкодження викликало безпосередньо смерть?
4. Ознаки клинка: довжина, ширина, число лез?
5. Яка форма і розмір знаряддя?
6. Чи не нанесена травма циркулярної або ручною пилкою?
7. Яке було взаєморозташування потерпілого і тих осіб що нападали?
8. З якою силою нанесений удар?
9. Чи міг постраждалий сам собі нанести ушкодження?
10. Чи не заподіяні ушкодження даним конкретним предметом, який представлений на експертизу?

Контрольні питання

1. Визначити поняття “травма” і “травматизм”, класифікація травматизму.
2. Класифікація тупих предметів за формою та призначенням.
3. Механізм утворення ушкоджень від дії тупих предметів.
4. Основні види ушкоджень, які спричинені тупими предметами.
5. Причини смерті при ушкодженнях тупими предметами.
6. Основні характерні особливості колючих, ріжучих, колюче-ріжучих та рублячих предметів.
7. Загальні та специфічні ознаки ушкоджень, викликаних гострими предметами.

Судово-медична експертиза ушкоджень гострими та тупими предметами

8. Особливості різаних ран, спричинених власною рукою.
9. Додаткові методи дослідження при експертизі ушкоджень гострими та тупими предметами.
10. Основні питання, які вирішують при судово-медичній експертизі ушкоджень від гострих та тупих предметів.
11. Особливості складання експертних висновків у випадках смерті від ушкоджень гострими та тупими предметами.

Ситуаційні завдання

1. У лікарню доставлено чоловіка з ушкодженням на обличчі. При огляді у ділянці лівої надбрової дуги виявлена рана овальної форми, довжиною 3 см. Краї осаднені, нерівні, у глибині рани – сполучнотканинні перетинки. До якого виду ушкоджень відноситься ця рана?

2. У потерпілої знайдені численні синці різноманітної форми та розмірів на обличчі, тулубі і кінцівках жовтуватого кольору, місцями з зеленуватим відтінком. Яка імовірна давнина цих синців?

Тестові завдання

Виберіть одну правильну відповідь

1. Як можна визначити глибину колотих і колото-різаних ран?
 - a) пошаровим дослідженням ранового каналу;
 - b) зондуванням;
 - c) заливкою в рану пластичних мас;
 - d) рентгенографією.

2. Які ушкодження є типовими при дії гострими предметами?
- a) синці;
 - b) гематоми;
 - c) садна;
 - d) рани.
3. Якою може бути форма рани, що спричинена гострим предметом?
- a) круглою;
 - b) прямокутною;
 - c) веретеноподібною;
 - d) П-подібною.
4. Як вимірюється довжина різаної рани?
- a) від одного кінця до іншого ;
 - b) від одного краю до протилежного;
 - c) після зведення країв вимірюють від одного кінця до іншого;
 - d) за допомогою спеціальної формули.
5. В яких ранах зустрічається додатковий розріз?
- a) рубаних;
 - b) колотих;
 - c) колото-різаних;
 - d) рубаних.
6. Яка основна ознака відрізняє рубану рану від інших?
- a) гострі кінці рани;
 - b) нерівні краї рани;
 - c) ушкодження кісток;
 - d) значна глибина рани.
7. Де типова різана рана має найбільшу глибину?
- a) в середній частині;
 - b) на початку;

Судово-медична експертиза ушкоджень
гострими та тупими предметами

- c) в кінцевій частині ;
 - d) на всьому протязі.
8. Про що свідчать додаткові надрізи в кутах різаної рани?
- a) про довжину леза;
 - b) про гострий характер леза;
 - c) про кількість рухів ріжучим предметом;
 - d) про напрям руху предмету.
9. Яка типова форма різаної рани?
- a) прямолінійна;
 - b) дугоподібна;
 - c) веретеноподібна;
 - d) все зазначене.
10. Які ознаки з нижчезазначених нехарактерні для колотої рани?
- a) малі розміри рани;
 - b) велика глибина ранового каналу;
 - c) ушкодження внутрішніх органів;
 - d) осаднення країв рани.
11. За яким механізмом тупі предмети не можуть взаємодіяти з тілом?
- a) струсу;
 - b) стиснення;
 - c) удару;
 - d) розтягнення;
 - e) тертя.
12. Які ушкодження, що спричинені тупими твердими предметами, не відносять до анатомічних?
- a) садно;
 - b) синець;
 - c) струс головного мозку;

- d) забиті рани;
- e) розриви внутрішніх органів.

13. Які ушкодження, що спричинені тупими твердими предметами, відносять до функціональних?

- a) струс головного мозку;
- b) садно;
- c) синець;
- d) переломи кісток;
- e) розриви внутрішніх органів.

14. Яка ознака вказує на те, що рана спричинена дією тупого твердого предмету?

- a) глибина рани;
- b) наявність сполучнотканинних перетинок у рані;
- c) лінійна форма рани.

15. Чим визначається форма колотої рани?

- a) силою удару;
- b) напрямом удару;
- c) формою колючого предмету;
- d) довжиною колючого предмета.

16. Для якої рани характерно переважання глибини раннього каналу над розмірами рани?

- a) різаної;
- b) рубаної;
- c) колотої;
- d) забитої.

17. Що характерно для різаних ран, заподіяних власною рукою?

- a) доступність нанесення;
- b) множинність та поверхневність;
- c) паралельність напрямку;
- d) всі відповіді вірні.

Судово-медична експертиза ушкоджень
гострими та тупими предметами

18. Яка рана відрізняється переважно внутрішньою кровотечею?

- a) рубана і різана;
- b) різана;
- c) колота і колото-різана;
- d) рубана і колота.

19. На підставі чого можна визначити давність виникнення синця?

- a) зміни форми синця;
- b) кольору синця;
- c) кількості крові, яка утворює синець.

20. Оцініть правильність цього твердження: «Кістка більш стійка на стискання, а ніж на розтягнення»

- a) правильно;
- b) неправильно.

**ПРИКЛАДИ СКЛАДАННЯ ЕКСПЕРТНИХ ВИСНОВКІВ ПРИ
УШКОДЖЕННЯХ ГОСТРИМИ ТА ТУПИМИ ПРЕДМЕТАМИ**

1. На волосистій частині голови лівої тім'яної ділянки на відстані 3 см від серединної лінії та 2 см від верхнього краю вушної раковини розташована рана довгастої форми з нерівними, осадненими, синцевими краями, з закругленими кінцями, у глибині рани знаходяться міжтканинні перетинки. Значної кровотечі не спостерігається.

Таким чином, на волосистій частині голови виявлена рана по типу забиття, про що свідчать форма, особливості країв та кінців рани, наявність міжтканинних перетинок у глибині рани. Описана рана виникла від дії тупого твердого предмету з обмеженою контактуючою поверхнею.

2. На шкірі грудної клітки зліва по середньо-ключичній лінії у третьому міжребер'ї знаходиться рана півмісяцевої форми, розташована вертикально, довжина її при зведених

краях складає 2 см. Краї рани рівні, нижній кінець – гострий, верхній – П-подібний. Шкіра навколо рани без змін.

Таким чином, на лівій половині грудної клітки визначається колото-різана рана, про що свідчить форма, характер країв, кінців, відсутність у рані міжтканьових перетинок. Описана рана спричинена колюче-ріжучим знаряддям по типу ножа з односторонньою заточкою клинка, про що свідчить наявність у рані П-подібного та протилежного гострого кінця.

Рекомендована література

Базова

1. Білецька Г.А. Судова медицина та судова психіатрія : підручник. Харків : Право, 2018. 375 с.
2. Датий А.В. Судебная медицина и психиатрия : учебник. 3-е изд. Москва : РИОР : ИНФРА-М, 2017. 294 с.
3. Завальнюк А.Х. Судова медицина (курс лекцій) : навч. посіб. 2. вид., перероб. і доп. Тернопіль : Укрмедкнига, 2006. 672 с.
4. Судова медицина (у схемах, таблицях і малюнках) : навч. посіб. / Лісовий А.С. та ін. ; за ред. К.А. Лісового, П.Л. Голубовича. Київ : Атіка, 2007. 412 с.
5. Тагаев Н.Н. Судебная медицина : учебник. 2-е изд., перераб. и доп. Харьков : Фактор, 2012. 1296 с.

Допоміжна

1. Гусенцов А.О., Кашинский М.Ю., Кухарьков Ю.В. Судебная медицина: курс интенсивной подготовки : учебн. пособ. Минск : ТетраСистемс, 2012. 158 с.
2. Завальнюк А.Х. Тлумачний словник судово-медичних термінів / А.Х. Завальнюк. – Тернопіль : Укрмедкнига, 1999. 352 с.
3. Пиголкин Ю. И., Попов В. Л. Судебная медицина: учебник. Ростов-на-Дону : Феникс, 2015. 551 с.
4. Судова медицина: підручник для ВНЗ / Герасименко

Судово-медична експертиза ушкоджень
гострими та тупими предметами

О.І. та ін. ; за заг. ред. О.І. Герасименка. Вид. 3-є, перероб. та доп. – Київ: КНТ, 2016. 630 с.

Навчальний відеофільм



СУДОВО-МЕДИЧНА ЕКСПЕРТИЗА ПРИ ПАДІННІ З ВИСОТИ ТА ТРАНСПОРТНИХ ТРАВМАХ

МЕТА: вивчити основні положення судово-медичної експертизи при падінні з висоти та транспортних травмах.

Основні поняття: падіння з висоти, падіння на площину, струс головного мозку, забиття та розриви внутрішніх органів, здавлення, розчленування, бампер-перелом.

За результатами вивчення теми здобувач вищої освіти повинен:

знати:

- види падіння, загальні ознаки та механізм утворення ушкоджень при падінні з висоти;
- види транспортного травматизму та транспортних пошкоджень;
- механізм та характер автомобільних травм;
- особливості ушкоджень від залізничного та іншого транспорту;
- питання, які вирішують при транспортних ушкодженнях;

уміти:

- аналізувати зміст та висновки судово-медичної експертизи ушкоджень від гострих та тупих предметів;
- розпізнавати пошкодження, які виникли при падінні з висоти;
- визначати ушкодження від різного виду транспорту.

Методичні рекомендації для підготовки до теми заняття

Насамперед приступають до вивчення класифікації падіння (падіння з великої висоти, падіння з висоти власного зросту, вільне або невільне, пряме і непряме і т. д.). Далі з'ясовують основні механізми утворення ушкоджень при падінні з висоти (первинні прямі та непрямі, вторинні). Необхідно розглянути загальні ознаки ушкоджень при падінні з висоти (переважання внутрішніх ушкоджень над зовнішніми, їх односторонність розташування, симетричність ушкодження скелету, струс головного мозку та внутрішніх органів, розриви і забиття частин тіла та ін.).

Також вивчають основні причини, які обумовлюють тяжкість, локалізацію та морфологічні особливості ушкоджень при падінні з висоти (вид падіння, висота та швидкість падіння, індивідуальні фізичні дані, щільність рел'єфу ґрунту, положення тіла у момент приземлення і т. д.). Нарешті, відмічають ті питання, які вирішує судово-медичний експерт при ушкодженнях, виявлених при падінні з висоти.

Далі приступають до визначення транспортних травм та розглядають види транспортних ушкоджень (травма при наїзді транспорту, при переїзді тіла колесами, травма в кабіні транспорту, при падінні з транспорту, який рухається та ін.). Напочатку вивчають ознаки (специфічні, характерні та нехарактерні) і механізм виникнення автомобільної травми (ушкодження від первинного удару, від падіння на капот автомобіля, від відкидання на землю, від ковзання тіла по верхній дорозі). Звертають увагу на основні види автомобільної травми та на зв'язок фаз виникнення автомобільної травми з механізмом утворення ушкоджень (бампер-перелом, переломи шийного відділу хребтового стовпа, ушкодження від струсу тіла і т. д.).

Потім вивчають особливості ушкоджень від залізничного транспорту. Розглядають види залізничної травми (первинний удар, переїзд колесами, падіння з рухаючого поїзду, здавлення тіла між вагонами і т.д.) та звертають увагу на специфічні (знаходження на тілі та одязі плям від пального та мастильних речовин), типові (смуги тиснення та обтирання, розчленування тіла) та нетипові (поліморфні ушкодження) ознаки цих ушкоджень.

Нарешті вивчають механізм виникнення та морфологічні ознаки ушкоджень від інших видів транспорту (мотоциклетного, тракторного, водного, авіаційного).

Закінчують розгляд теми заняття вивченням питань, які вирішують при судово-медичній експертизі різних транспортних травм.

Конспект навчального матеріалу

УШКОДЖЕННЯ ВІД ПАДІННЯ З ВИСОТИ

Характерні загальні ознаки падіння з висоти:

1. Невідповідність між зовнішніми і внутрішніми ушкодженнями (переважають ушкодження внутрішніх органів).
2. Однобічність зовнішніх ушкоджень (тобто на стороні падіння).
3. Симетричне ушкодження скелету.

За механізмом утворення такі травми поділяються на:

- а) ушкодження від безпосереднього контакту з предметом;
- б) ушкодження від струсу.

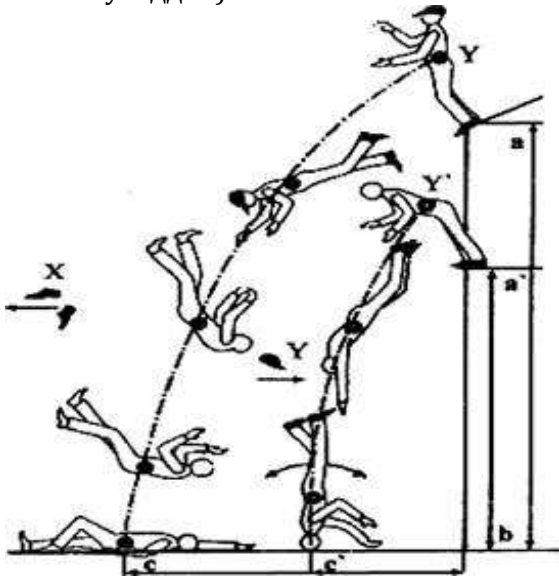
Існує два види падіння:

- а) падіння з висоти;
- б) падіння на площину з положення стоячи.

Судово-медична експертиза при падінні з висоти та транспортних травмах

В залежності від місця зіткнення розрізняють:

1. Падіння з висоти *на ноги* (спостерігаються переломи кісток нижніх кінцівок, хребта і тазу).
2. Падіння з висоти *плазом* на живіт, спину, на бік (виникають розриви внутрішніх органів від сильного струсу).
3. Падіння з висоти *на голову* (утворюються переломи кісток черепа з руйнуванням мозкової речовини і переломом хребта в шийному відділі).



Траєкторія польоту залежно від висоти та напрямку

Падіння з висоти також підрозділяється на:

- а) *пряме*;
- б) *непряме* (послідовне) – коли тіло під час падіння вдаряється об які-небудь предмети.

і на: а) *вільне* (самостійне падіння); б) *невільне* (падіння з яким-небудь предметом або транспортом).

ТРАНСПОРТНІ ТРАВМИ

Види транспортного травматизму:

- 1) автомобільний;
- 2) залізничний;
- 3) авіаційний;
- 4) травматизм на водяному транспорті.

Відповідно до іншої класифікації травми бувають від *безрейкового* транспорту (автомобільного, мотоциклетного, тракторного) і *рейкового* транспорту (залізничного, трамвайного).

За видом транспортні травми бувають:

- 1) при наїзді транспорту, що рухається, на людину;
- 2) травми від переїзду тіла транспортом;
- 3) травми в кабіні транспорту;
- 4) травми при випаданні з транспорту, що рухається;
- 5) комбіновані травми.

АВТОМОБІЛЬНА ТРАВМА

Зустрічаються такі травми найбільш часто.

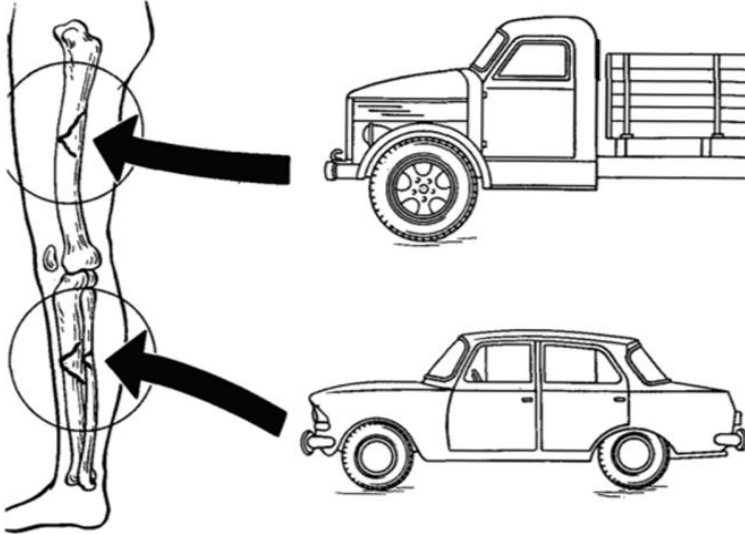
Механізм автомобільної травми:

- 1) ушкодження від первинного удару;
- 2) ушкодження від падіння на автомобіль (капот);
- 3) ушкодження від відкидання на землю;
- 4) ушкодження від ковзання тіла по поверхні дороги.

При *первинному ударі* часто виникає так званий *бампер-перелом* кісток нижньої кінцівки на рівні верхньої і середньої третини кісток гомілки – від удару бампером легкової ма-

Судово-медична експертиза при падінні з висоти та транспортних травмах

шини й в області середини стегна – від удару вантажною машиною. У результаті утворюється поперечно-осколковий перелом з великим уламком кістки ромбоподібної форми, розташованим на стороні удару.



При падінні на капот автомобіля в результаті різкого згинання тіла можуть бути переломи хребта, ребер.



При відкиданні на землю виникають переломи кісток черепа з ушкодженням головного мозку.

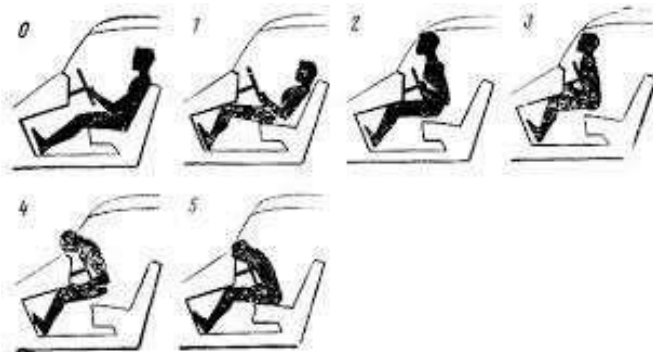
При ковзанні тіла по поверхні дороги утворюються великі садна з рівнобіжною смугастістю.



Ушкодження в кабіні транспорту.

При різкому збільшенні швидкості автомобіля можуть бути хлистоподібні переломи шийного відділу хребта (6-7 хребець). При цьому тіло відкидається на спинку сидіння, голова закидається з різким розгинанням шийного відділу хребта.

При різкому уповільненні швидкості руху автомобіля відбувається надмірне згинання в шийному і верхньогрудному відділах хребта, що також сприяє виникненню травми.



Судово-медична експертиза при падінні з висоти та транспортних травмах

Таким чином, всі ушкодження при автомобільній травмі поділяють на три групи:

1. Специфічні (з відбитками деталей автомобілів).
2. Характерні (бампер-перелом, хлистоподібні переломи).
3. Нехарактерні (що спостерігаються при інших видах травм).

Питання, які вирішують при судово-медичній експертизі автомобільної травми:

1. Який характер і яке розташування ушкоджень, чи можна їх віднести до автомобільних ушкоджень?
2. Який механізм утворення ушкоджень?
3. Який вид автомобільної травми (удар, переїзд)?
4. Яка послідовність ушкоджень?
5. Встановлення прижиттєвих і посмертних ушкоджень.
6. Яке положення потерпілого було в момент травми стосовно автомобіля?
7. Яка причина смерті?
8. Чи не страждав потерпілий захворюванням на зір та слух?
9. Чи не приймав потерпілий перед смертю алкоголь?

ОСОБЛИВОСТІ МОТОЦИКЛЕТНОЇ ТРАВМИ

Ушкодження підрозділяють на *специфічні* (заподіяні частинами мотоцикла) і *неспецифічні* (які виникли від удару, падіння і стусу).

При зіткненні з мотоциклом з'являються ушкодження в області живота, тазу і нижніх кінцівок. А при падінні з мотоцикла переважно виникають травми голови, від яких часто настає смерть.

ОСОБЛИВОСТІ ТРАКТОРНОЇ ТРАВМИ

Для цього виду травми, характерні рвано-забиті ушкодження з численним роздавлюванням м'яких тканин (гусеничні трактори).

ЗАЛІЗНИЧНА ТРАВМА

Залізничні травми за поширеністю займають друге місце після автомобільних.

Механізм утворення залізничних травм:

1. Від удару потягом, що рухається. При цьому утворюються численні відкриті переломи кісток черепа, переломи ребер, переломи хребта, численні розриви внутрішніх органів.
2. Від переїзду колесами залізничного транспорту. У результаті чого відбуваються відділення частин тіла.

Усі залізничні ушкодження поділяються на дві групи:

1. *Типові* - від здавлення гребенями колес утворюються смуги тиску й осаднення, коли відбувається розчленування тіла зі збереженням цілісності шкіри. Ці смуги в два рази ширше, ніж ширина рейки (12-15 проти 6-7 см). До типових ознак залізничної травми, які не пов'язані з дією колес, відносяться сліди волочіння тіла і сліди мастильних речовин на тілі й одязі трупа.
2. *Нетипові* – це ушкодження, що виникають при відкиданні тіла й ударах об різні предмети.

При судово-медичній експертизі залізничної травми вирішують наступні питання:

1. Характер ушкоджень.

Судово-медична експертиза при падінні з висоти та транспортних травмах

2. Чи могли бути ушкодження від залізничного транспорту?
3. Чи немає ушкоджень, непов'язаних із отриманням залізничної травми?
4. Наявність прижиттєвих і посмертних ушкоджень.
5. Стан здоров'я загиблого до отримання залізничної травми.
6. Механізм утворення ушкодження.
7. Причини настання смерті.
8. Наявність або відсутність алкоголю в трупі.

АВІАЦІЙНА ТРАВМА

Всі авіаційні ушкодження можна розділити на три групи:

1. Травми всередині літака під час польоту.
2. Травми всередині літака при його падінні й ударі об землю.
3. Травми від частин літака на землі.

Під час польоту травми можуть виникнути в результаті вибуху, пожежі, зіткненні з іншими предметами. У результаті порушення герметизації салону виникають динамічні перевантаження. Це призводить до крововиливу в мозок, втрати зору і свідомості. При катапультуванні виникають ударні перевантаження, що супроводжуються переломами кісток і розривами внутрішніх органів.

При падінні літака виникають великі ушкодження, що супроводжуються відривом частин тіла і розривом внутрішніх органів.

Великі ушкодження виникають при дії вибухової хвилі і токсичної дії пального.

Контрольні питання

1. Види падіння.
2. Загальні ознаки падіння з висоти.

3. Характер ушкоджень в залежності від місця удару.
4. Види транспортного травматизму. Механізм утворення транспортних ушкоджень.
5. Механізм автомобільних ушкоджень.
6. Ушкодження від первинного удару автомобіля.
7. Ушкодження від падіння на капот автомобіля, відкидання на дорожнє покриття та ковзання.
8. Особливості ушкоджень від залізничного та іншого транспорту.
9. Питання, які вирішує судово-медичний експерт при транспортних травмах.

Ситуаційні завдання

1. Сторожа новобудови знайдено мертвим. При судово-медичному розтині трупа виявлена значна рана правої тім'яної ділянки, кілька саден кінцівок, лінійний перелом кісток склепіння і основи черепа, численні симетричні переломи ребер, розриви легень, печінки, численні крововиливи у грудну і черевну порожнини. Який найбільш вірогідний механізм цієї травми?

2. На узбіччі дороги виявлено труп невідомого чоловіка віком 60-65 років. На його пальто - численні забруднення засохлого ґрунту у вигляді 4-х паралельних смуг 2-2,5 см з хвилястими краями, які нагадують малюнок протектора. При якому виді автотравми зустрічається ця ознака?

Тестові завдання

Виберіть одну правильну відповідь

1. Вкажіть нехарактерні загальні ознаки ушкоджень при падінні з висоти?
- a) переважання внутрішніх ушкоджень над зовнішніми;
 - b) односторонність зовнішніх ушкоджень;

Судово-медична експертиза при падінні з висоти
та транспортних травмах

- c) симетричне ушкодження кісток скелета;
- d) переважання зовнішніх ушкоджень над внутрішніми.

2. Які види падіння не визначають?

- a) падіння з висоти та падіння на площину з положення стоячи;
- b) пряме та непряме;
- c) первинне та вторинне.

3. Які види падіння розрізняють?

- a) вільне та невільне;
- b) абсолютна та відносна.

4. Який варіант приземлення тіла при падінні з висоти в вертикальному напрямку зустрічається частіше?

- a) на сідниці;
- b) на бокову поверхню;
- c) на тулуб.

5. В яких випадках при падінні найчастіше зустрічається перелом хребта по компресійному механізму?

- a) при падінні на ступні і сідниці;
- b) при падінні на передню, бокову і задню поверхню тіла;
- c) при падінні на голову.

6. Які ушкодження характерні при падінні з висоти власного зросту?

- a) переважання внутрішніх ушкоджень над зовнішніми;
- b) ознаки цілеспрямованих дій;
- c) черепно-мозкова травма;
- d) ознаки загального струсів тіла.

7. Якою за механізмом не може бути автомобільна травма?

- a) в результаті первинного удару;
- b) в результаті вторинного удару;
- c) в результаті падіння на автомобіль (капот);
- d) в результаті відкидання на землю;
- e) в результаті ковзання тіла по поверхні дороги.

8. Які ушкодження утворюються переважно при наїзді легкового транспорту на людину від первинного удару?

- a) бампер-переломи;
- b) переломи хребта, ребер;
- c) переломи кісток черепа з ушкодженням головного мозку;
- d) великі садна з паралельною смугастістю.

9. Які ушкодження утворюються головним чином при падінні тіла людини на капот транспорту?

- a) бампер-переломи;
- b) переломи хребта і ребер;
- c) переломи кісток черепа з ушкодженням головного мозку;
- d) великі садна з паралельною смугастістю.

10. Які ушкодження найчастіше спостерігаються у пасажирів легкового автомобіля порівняно з ушкодженнями у водія?

- a) бампер-переломи;
- b) переломи ребер;
- c) хлестоподібні переломи хребта.

11. Які ушкодження найчастіше спостерігаються у водія легкового автомобіля порівняно з ушкодженнями у пасажирів автомобіля?

- a) множинні і поширені переломи кісток черепа;
- b) ізольовані переломи ребер;
- c) переломи грудини.

Судово-медична експертиза при падінні з висоти
та транспортних травмах

12. Що може бути виявлено на постраждалому або його одязі в автотранспортній пригоді?

- a) частки лакофарбового покриття;
- b) відбитки протектора колеса;
- c) сліди-відбитки фар і інших виступаючих частин автомобіля;
- d) ділянки просочування паливно-мастильними матеріалами;
- e) всі відповіді правильні.

13. Які ушкодження виникають у потерпілого в момент наїзду колеса на тіло, внаслідок тиску колеса, його обертання і ковзання?

- a) значних розмірів смуги обтирання на кінцівках;
- b) відшарування шкіри з розміщенням підшкірної жирової клітковини і виникнення порожнин, виповнених кров'ю.

14. Який механізм виникнення ушкоджень при залізничних пригодах?

- a) удар частинами рухомого потягу;
- b) переїзд колесами локомотива і вагонів;
- c) здавлення тіла між вагонами і платформою;
- d) падіння всередині вагона при різкому гальмуванні;
- e) всі відповіді правильні.

15. На які травми можна розділити всі авіаційні ушкодження?

- a) травми всередині літака під час польоту;
- b) травми всередині літака при його падінні і ударі об землю;
- c) травми від частин літака на землі;
- d) всі відповіді правильні.

16. Що відносять до специфічних ознак при автомобільному зіткненні?

- а) відбитки запчастин автомобіля;
- б) бампер-переломи;
- в) хлистоподібні переломи хребта;
- г) переломи нижніх кінцівок.

17. Що відносять до характерних ушкоджень при автомобільному зіткненні?

- а) відбитки запчастин автомобіля;
- б) хлистоподібні переломи хребта;
- в) переломи верхніх кінцівок.

18. Що відносять до типових ушкоджень від залізничного транспорту?

- а) смуги тиску та осаднення;
- б) бампер-переломи;
- в) хлистоподібні переломи.

19. Що є найважливішою специфічною ознакою переїзду колесом автомобіля?

- а) відбиток малюнка протектора колеса як на одязі, так і на тілі потерпілого;
- б) множинні розриви всіх шарів одягу та зруйнування підошовних поверхонь взуття.

20. Назвіть основні види мотоциклетної травми?

- а) бампер-переломи;
- б) переломи ребер;
- в) переломи кісток черепа з ушкодженням головного мозку;
- г) хлистоподібні переломи хребта.

ПРИКЛАД СКЛАДАННЯ ЕКСПЕРТНОГО ВИСНОВКУ ПРИ ОТРИМАННІ ТРАНСПОРТНОЇ ТРАВМИ

Смерть громадянина О., 36 років, настала від закритої черепно-мозкової травми з переломами кісток склепіння та основи черепа, крововиливу під мозкові оболонки, забиття мозку, на що вказують: наявність у правій тім'яній ділянці рани з багаточисленними скалками скла, лінійного перелому правої тім'яної кістки з переходом на піраміду правої скроневої кістки, скупчення згустків крові під твердою мозковою оболонкою.

Описані пошкодження виникли від контактів з тупими твердими предметами і могли утворитись під час дорожньо-транспортної пригоди.

Характер і локалізація ушкоджень, наявність скалкового перелому кісток правої гомілки (бампер-перелом) вказує на первинний контакт потерпілого з автомобілем, з наступним падінням тіла на капот та вітрове скло, забиттям, з подальшим ковзанням по твердому покриттю.

Приймаючи до уваги локалізацію пошкоджень, громадянин О. в момент дорожньо-транспортної пригоди знаходився у вертикальному положенні та був обернений правою половиною тіла до автомобіля, який рухався назустріч.

Незадовго до смерті громадянин О. вживав алкогольні напої, про що свідчить запах алкоголю під час розтину порожнини трупа та результати судово-хімічного дослідження крові і сечі.

Рекомендована література

Базова

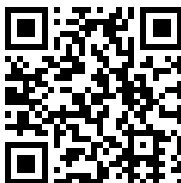
1. Білецька Г.А. Судова медицина та судова психіатрія : підручник. Харків : Право, 2018. 375 с.
2. Судова медицина (у схемах, таблицях і малюнках) : навч. посіб. / Лісовий А.С. та ін. ; за ред. К.А. Лісового, П.Л. Голубовича. Київ : Атіка, 2007. 412 с.

3. Судова медицина. Підручник / Михайличенко Б.В. та ін. ; за ред. Б.В. Михайличенка. Київ : ВСВ „Медицина”, 2018. 447 с.
4. Тагаев Н.Н. Судебная медицина : учебник. 2-е изд., перераб. и доп. Харьков : Фактор, 2012. 1296 с.

Допоміжна

1. Завальнюк А.Х. Тлумачний словник судово-медичних термінів. Тернопіль : Укрмедкнига, 1999. 352 с.
2. Крюков В.Н. Судебная медицина : учебник. 2-е изд., перераб. и доп. Москва : Юр.Норма, НИЦ ИНФРА-М, 2016. 432 с.
3. Мавед О.О., Нетудихатка О. Ю. Судова медицина : навч. посіб. Одеса : Юридична література, 2007. 164 с.
4. Судова медицина: підручник для ВНЗ / Герасименко О.І. та ін. ; за заг. ред. О.І. Герасименка. Вид. 3-є, перероб. та доп. – Київ: КНТ, 2016. 630 с.

Навчальний відеофільм



СУДОВО-МЕДИЧНА ЕКСПЕРТИЗА ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕНЬ. СУДОВО- МЕДИЧНА ЕКСПЕРТИЗА ПРИ МЕХАНІЧНІЙ АСФІКСІЇ, ОТРУЄННІ ТА ДІЇ ДЕЯКИХ ФІЗИЧНИХ ФАКТОРІВ

МЕТА: вивчити судово-медичну експертизу вогнепальних поранень та засвоїти особливості проведення судово-медичної експертизи при механічній асфіксії, отруєнні та дії деяких фізичних факторів.

Основні поняття: фактори ушкодження пострілу, вхідний отвір, вихідний отвір, поясок осаднення, поясок забруднення, дефект «мінус-тканина», постріл в упор, постріл з близької відстані, постріл з неблизької відстані, асфіксія, задуха, странгуляційна петля, утоплення, опік, тепловий удар, відмороження, загальне замерзання, електромітка, променева хвороба, отруєння, алкогольна інтоксикація.

За результатами вивчення теми здобувач вищої освіти повинен:

знати:

- класифікацію вогнепальної зброї та боєприпасів; будову бойового та мисливського патрона; механізм пострілу;
- ознаки вхідного та вихідного вогнепальних отворів; види каналів, які утворюються внаслідок вогнепального поранення;
- особливості вогнепальних ушкоджень кулями спеціального призначення, а також при холостих пострілах;
- особливості ушкоджень при вибухах гранат, мін, дефектної та саморобної зброї;

- ушкодження кісток та внутрішніх органів при вогнепальних пораненнях;
- основні методи дослідження при вогнепальних пораненнях;
- питання, які вирішують при судово-медичній експертизі вогнепальних поранень.
- зміст та особливості складання експертних висновків при вогнепальних пораненнях;
- класифікацію механічної асфіксії;
- прижиттєві ознаки механічної асфіксії;
- морфологічні ознаки смерті при різних видах асфіксії;
- лабораторні методи дослідження при діагностиці смерті від різних видів механічної асфіксії;
- ознаки ушкоджень, які спричинені дією електричного струму, високої та низької температури, різкої зміни атмосферного тиску та іонізуючого випромінювання.
- поняття про отруту та отруєння. Класифікація отрути.
- характеристика і судово-медична діагностика смерті від алкогольної інтоксикації.
- зміст та особливості побудови експертних висновків при різних видах механічної асфіксії, отруєнні та дії деяких фізичних факторів.

уміти:

- диференціювати поранення з різного виду зброї;
- відрізнити вхідне та вихідне вогнепальні отвори та напрямок каналу рани;
- встановлювати дистанцію пострілу при кульових та дробових пораненнях;
- визначати пошкодження при вибухах гранат, мін, дефектної та саморобної зброї;
- аналізувати висновки судово-медичної експертизи при вогнепальних пораненнях;
- визначати вид механічної асфіксії;
- встановлювати прижиттєві ознаки асфіксії;

- встановлювати причину смерті при різних видах механічної асфіксії;
- визначати пошкодження, які спричинені дією електричного струму, високої та низької температури, різкої зміни атмосферного тиску та іонізуючого випромінювання;
- розрізнявати симптоматику та діагностувати смерть при різних видах отруєння;
- аналізувати зміст та особливості побудови експертних висновків при різних видах механічної асфіксії, отруєнні та дії деяких фізичних факторів.

Методичні рекомендації для підготовки до теми заняття

Вивчення теми слід почати з визначення змісту поняття “вогнепальне поранення”. Потім розглядають види ручної вогнепальної зброї та її класифікацію за довжиною, калібром, конструкцією ствола і способу перезарядження. Також необхідно повторити будову бойового та мисливського патронів та механізм пострілу.

Далі приступають до вивчення основних (куля, дріб та ін) і додаткових (передпульове повітря, зерна пороху, порохові гази, частинки металу та ін.) факторів ушкодження пострілу. Потім розглядають види дії кулі в залежності від кінетичної енергії (розривна, пробивна, клиноподібна, дотична). При вивченні особливостей вхідного та вихідного вогнепальних отворів звертають увагу на їх диференціальні ознаки (форма та краї отвору, наявність пояску осаднення та обтирання). Також вивчають види ранових каналів (прямий, ломаний, перерваний). При цьому слід приділити увагу встановленню напрямку ранового каналу.

Далі приступають до визначення дистанції пострілу (постріл в упор, з близької та неблизкої відстані), звертаючи увагу на характерні для кожного з них ознаки (штанц-марка,

яскраво-червона кров, наявність або відсутність додаткових факторів пострілу, феномен Виноградова та ін).

Крім того, вивчають особливості пошкодження кісток та внутрішніх органів при холостих пострілах, пострілах з дефектної та саморобної зброї і кулями спеціального призначення, а також при вибухах гранат, мін, снарядів.

Необхідно вивчити основні методи додаткових досліджень, які використовують для діагностики вогнепальних поранень (мікроскопічні, рентгенологічні, хімічні та ін.).

На закінчення звертають увагу на особливості складання експертних висновків та на питання, які вирішують при судово-медичній експертизі вогнепальних поранень.

Потім визначають поняття “гіпоксія” та “асфіксія”. З’ясовують прижиттєвий перебіг механічної асфіксії, з урахуванням відповідної стадії задухи (задишка з судомою, короткочасний спокій, термінальне дихання, остаточна зупинка дихання та серцевої діяльності).

Далі приступають до розгляду різних видів механічної асфіксії (странгуляційної, обтураційної, компресійної та ін.). Спочатку вивчають морфологічні ознаки странгуляційної асфіксії (повішення, удавлення зашморгом, удавлення руками, здавлення грудної клітки та живота, закриття дихальних шляхів сторонніми предметами, утоплення). При експертизі повішення звертають увагу на особливості странгуляційної петлі (незамкнутий характер, розташована у верхній третині шиї, косовисхідний напрямок) та інших ознак (крововиливи у місцях прикріплення м’язів шиї, надрив сонних артерій та ін.), а також на необхідність диференцювання з удавленням зашморгом (замкнутість странгуляційної борозни, горизонтальний напрямок та рівномірність її відбиття). Потім вивчають морфологічні ознаки удавлення руками (півмісяцеві садна на шкірі шиї, переломи під’язикової кістки та хрящів гортані і т.д.), здавлення грудної клітки та живота (численні дрібнокраплисті крововиливи на шкірі обличчя, шиї та грудної клітки, набряк легень та ін.), закриття дихальних шляхів сторонніми предметами. Також розглядають ознаки утоплення

(дрібнопухирчата піна навколо отворів носа та рота, а також у дихальних шляхах, збільшення об'єму і ваги легень, та поява крововиливів на їх поверхні, наявність рідини в шлунково-кишковому тракті та ін.). При цьому визначають тривалість перебування трупа у воді за ознакою мацерації шкіри та лабораторні методи дослідження ознак смерті внаслідок механічної асфіксії. Крім того розглядають питання, які вирішує судово-медичний експерт при наявності механічної асфіксії.

Далі послідовно розглядають ознаки ушкоджень, які спричинені дією електричного струму, високої та низької температури, різкої зміни атмосферного тиску і іонізуючого випромінювання та з'ясовують питання, які вирішує судово-медичний експерт при їх дослідженні. Також необхідно з'ясувати поняття про отрути та отруєння і вивчити класифікацію різних видів отрути, характеристику смерті від алкогольної інтоксикації.

Наприкінці заняття досліджують зміст та особливості побудови експертних висновків при різних видах механічної асфіксії, отруєнні та дії деяких фізичних факторів.

Конспект навчального матеріалу

Вогнепальна рана це ушкодження, яке виникло в результаті пострілу з вогнепальної зброї, вибуху спеціального пристрою або боеприпасів.

Вогнепальні ушкодження розділяються на :

- 1) кульові;
- 2) дробові;
- 3) осколкові.

Існують різні види зброї (стрілецька, бойова, мисливська, мінометна, артилерійська і т.д.). У судовій практиці частіше зустрічаються ушкодження, заподіяні ручною вогнепальною зброєю, рідше – від вибухів снарядів, гранат і т.д.

Класифікація ручної вогнепальної зброї:

- 1) за довжиною стовбура:
 - довгоствольна зброя – гвинтівки, карабіни;

- короткоствольна – револьвери, пістолети;
- 2) за діаметром стовбура (калібру):
 - крупнокаліберна зброя;
 - дрібнокаліберна;
- 3) за конструкцією стовбура:
 - гладкоствольна зброя (мисливська);
 - нарізна (бойова);
- 4) за способом перезарядження зброї:
 - автоматична;
 - напіваавтоматична;
 - шомпольна.

Будова патрона

Основою патрона є гільза, яка усередині містить порох. З одного кінця в гільзу вставлена куля, а на іншому знаходиться запалювальний пристрій – капсуль.

Мисливські патрони теж мають гільзу і капсуль. Гільза при цьому може бути металевої, картонною чи пластмасовою. У вигляді снаряду можуть використовувати дріб (свинцеві кульки) або свинцеву кулю. Дріб закривається картонним пижом, що перешкоджає її висипанню.

Патрони споряджаються димним або бездимним порохом.

У залежності від кількості кінетичної енергії розрізняють наступні види дії кулі:

1. *Розривна дія кулі* – куля з енергією в кілька тисяч джоулів (сотні кілограмометрів) розриває краї ранового отвору, форма рані зірчаста.

2. *Пробивна дія* – куля з енергією в кілька сотень джоулів (десятки кілограмометрів) вибиває ділянку тканини і несе в рановий канал (це називається дефект-тканини).

3. *Клиноподібна або дотична дія* – куля з енергією до 20 кгм утворює щілоподібний отвір, рана, як правило, сліпа.

4. *Тангенціальна дія* – куля має невелику кінетичну енергію, робить контузію, викликаючи садна або синці.

Фактори пострілу, що ушкоджують:

1. Основні – куля, дріб, осколок снаряда.
2. Додаткові фактори пострілу:
 - передкульове повітря (повітря, яке виштовхується кулею);
 - частки порохових зернин;
 - порохові гази;
 - металеві часточки;
 - мастило зброї.

Ознаки вхідного кульового отвору:

1. *Дефект тканини (мінус-тканина)* – виникає, коли куля має велику кінетичну енергію. У цьому випадку куля вибиває ділянку шкіри трохи меншу, ніж діаметр самої кулі і несе із собою в раньовий канал.

2. *Поясок осаднення* – жовтувато-буре кільцеподібне садно (2-3 мм), виникає унаслідок вдавнення і розтягання шкіри кулею.

3. *Поясок обтирання (чи забруднення)* – темно-сірий ободок (також має діаметр близько 2-3 мм), утворюється за рахунок обтирання часток кіптяви і металу з поверхні кулі.

4. Форма вхідного отвору овальна або кругла, краї рівні, дещо зазубрені.



Рановий канал являє собою хід, пророблений кулею в тілі.

Різновиди ранових каналів:

- *прямий*;
- *ламаний* – коли на шляху кулі зустрічається перешкода, наприклад, кістка і куля змінює свою траєкторію;
- *тангенціальний (дотичний)* – коли куля утворює поверхово розташований канал, а вхідний і вихідний отвори знаходяться близько один біля одного;
- *перерваний* – куля проходить через яку-небудь порожнину або кілька частин тіла (наприклад, руку і груди і т.д.).

Також рановий вогнепальний канал може бути: одним або множинним, сліпим або наскрізним.

Ознаки вихідного кульового отвору:

1. Вихідний отвір частіше має щілиноподібну або променисту форму.
2. Краї вихідного отвору нерівні, вивернуті назовні.
3. Найчастіше пасок осаднення й обтирання відсутні (однак, якщо вихідний отвір торкається якогось щільного і брудного предмета, то краї отвору вдаряючись об предмет утворюють не пасок, а окрему ділянку осаднення і забруднення).



Визначення відстані пострілу.

Постріл в упор

Розрізняють два види упора:

- а) *повний* – коли дуловий кінець зброї щільно притиснутий до тіла;
- б) *неповний* – коли дуловий кінець зброї лише доторкується до тіла.

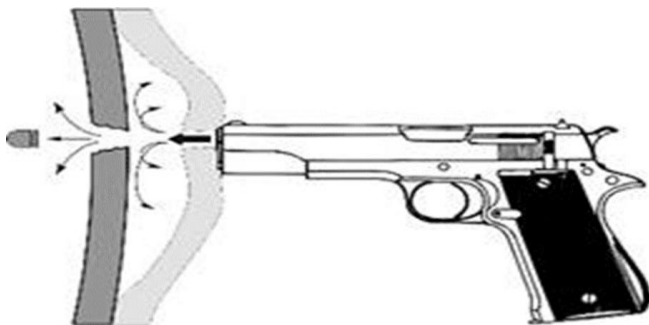
Ознаки пострілу в упор:

1. Утворення *штанц-марки* (відбиток дулового кінця зброї у вигляді синця, осаднення, яка погано помітна відразу після поранення. Однак через якийсь час після підсихання штанц-марку чітко видно).

2. Краї рани мають зірчасту, хрестоподібну форму (за рахунок дії порохових газів, що піднімають і розривають шкіру з боку входу кулі).

3. Червоне (рожеве) фарбування країв вхідного отвору за рахунок утворення карбоксигемоглобіна (чадний газ + гемоглобін).

4. Відкладення кіптяви і зерняток пороху на стінках ранового каналу.



Постріл із близької відстані

Під пострілом із близької відстані розуміють такий постріл, при якому на уражений об'єкт впливає не тільки куля або снаряд, але і додаткові фактори пострілу.

1. Порохові гази викликають розриви шкіри при пострілі в упор чи з дуже близької відстані в 1-3 см.
2. Кров у рані яскраво-червоного кольору (чадний газ з'єднується з гемоглобіном утворюючи карбоксигемоглобін).
3. Присутність порохових зернин у шкірі й одягу (спостерігається при пострілі з відстані до 50 см, а в окремих випадках до 2-3 м.
4. Відкладення кіптяви навколо вхідного отвору на шкірі і тканинах (при пострілі з пістолета або автомата з відстані до 25-30 см, а з гвинтівки – до 35-40 см).

Постріл з неблизької відстані

Межею між близьким і неблизьким пострілом прийнято вважати ту найменшу відстань, при якій ще спостерігається відкладення на тілі й одязі часточок пороху і металу.

1. При пострілі з неблизької відстані відсутні додаткові фактори пострілу.
2. Ознака Виноградова І.В. – наявність темно-сірого нальоту кіптяви на внутрішніх шарах одягу (а не на зовнішній білизні - як при пострілі з близької відстані).

Ушкодження кулями спеціального призначення

Маючи подібну зі звичайною кулею дію, куля спеціального призначення, вдаряючись об кістку, розривається в тілі й утворює рвані рани (це кулі зі зміщеним центром ваги) діаметром 2-4 см.

Ушкодження, що виникають при пострілах із гладкоствольної зброї:

1. Поранення утворюється не одним снарядом, а безліччю дробин:
 - при пострілі з відстані до 1 м утворюється один круглий отвір з рівними краями;
 - при пострілі з відстані до 2 м утворюється один великий вхідний отвір, а навколо – ушкодження від поодинокі дробин;

Судово-медична експертиза вогнепальних поранень. судово-медична експертиза при механічній асфіксії, отруєнні та ...

- при пострілі з відстані до 5 м центрального отвору не утворюється, в наявності безліч купчасто розташованих поранень;

- при пострілі з відстані у кілька десятків метрів – тіла досягає лише поодинока дріб.

2. Спостерігається відкладення кіптяви з відстані до 75 (150) см.

3. Відкладення часточок пороху з відстані до 1-1,5 (2) м.

4. Обпалення й опік спостерігається з відстані до 5 (50) см.

Ушкодження, викликані холостими пострілами

При пострілах холостими патронами (без кулі) виникають звичайні надриви шкіри і м'яких тканин в наслідок дії порохових газів, у окремих випадках можливі переломи кісток.

Ушкодження при вибухах

Фактори вибуху, що ушкоджують:

1. Ударна хвиля вибухових газів викликає великі ушкодження.

2. Висока температура вибухових газів (викликає великі опіки).

3. Осколки снаряда.

4. Вторинні снаряди (ефект бумеранга).

Судово-медична експертиза вирішує наступні питання:

1. Чи є ушкодження вогнепальним у даному випадку?

2. Кульове, дробове чи осколкове поранення?

3. Місце розташування вхідного та вихідного кульових отворів.

4. Напрямок ранового каналу.

5. З якої відстані зроблено постріл?

6. Яке розташування зброї і постраждалого в момент пострілу?

7. Своєю або чужою рукою викликане вогнепальне поранення?

АСФІКСІЯ (ЗАДУХА)

Ушкодження, які викликані недостатнім надходженням в організм кисню, називаються *асфіксією*.

При нестачі кисню в першу чергу порушується діяльність нервової, серцево-судинної і дихальної систем. З'являється задишка, прискорене серцебиття, головний біль, нудота і блювота, м'язова слабкість. Дихання набуває характер судомного захоплення повітря й у кінцевому рахунку зупиняється. Серце переживає зупинку подиху приблизно на 5-10 хв.

Зовнішні ознаки асфіксії:

1. Синюшність шкіри.
2. Дуже виражені великі темно-фіолетові трупні плями.
3. Дрібнокраплинні крововиливи в склеру і шкіру (в основному у верхній частині тулуба).
4. Мимовільні акти сечовипускання і дефекації.

До внутрішніх ознак відносяться:

1. Темна рідка кров у судинах і в серці.
 2. Переповнення венозною кров'ю внутрішніх органів і правої половини серця.
 3. Дрібнокраплинні крововиливи під зовнішню оболонку серця, а також під оболонку легень (плями Тард'є).
- Ці ознаки свідчать про швидке настання смерті.

Класифікація механічної асфіксії

1. Странгуляційна асфіксія – викликається здавленням органів шиї:
 - петлею при повішенні;
 - удавлення петлею;
 - удавлення руками.
2. Обтураційна асфіксія :
 - закриття рота і носа руками і предметами;

- закриття дихальних шляхів сторонніми предметами;
- закриття дихальних шляхів рідиною (у т.ч. утоплення).

3. Аспіраційна асфіксія – закриття дихальних шляхів харчовими або блювотними масами (наприклад, при травмах голови).

4. Компресійна асфіксія – виникає від здавлення грудей і живота твердими предметами і сипучими речовинами.

Повішення

Спостерігається при затягуванні петлі на шиї під дією ваги тіла загиблого. Важливе значення на місці події має огляд петлі.

Петлі в залежності від матеріалу поділяються на:

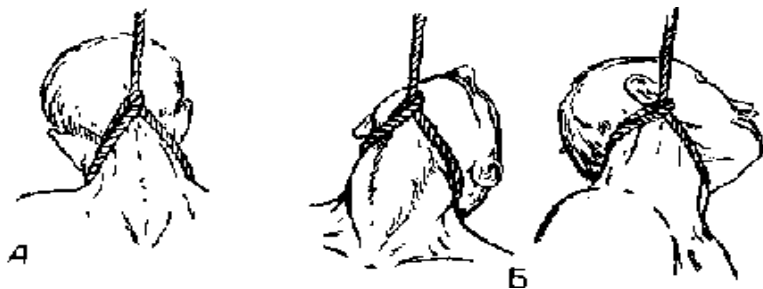
1. М'які (шарф, рушник, білизна)
2. Напівтверді (мотузка, ремінь)
3. Тверді (дріт, ланцюг).

За способом накладання: однією петлею, подвійною, множинні, декількома.

В залежності від *рухливості* петля може бути – нерухомою або ковзною.

За розташуванням петля може займати:

1. Типове положення - вузол петлі розташовується в області потилиці (А).
2. Атипове положення (Б):
 - вузол знаходиться перед (під) підборіддям;
 - вузол знаходиться збоку.



Характерні ознаки повішення:

1. Странгуляційна борозна розташовується вище щитоподібного хряща.
2. Борозна має незамкнутий характер.
3. Косовисхідний напрямок борозни.
4. Крововиливи в місцях прикріплення шийних м'язів (в області вище ключиці).
5. Надриви сонних артерій (при стрибку зі стільця).

При огляді на місці події звертають увагу на трупні плями, їхню локалізацію – на стопах, гомілках, кистях (якщо труп висить).

Удавлення петлею

Це здавлення органів шиї різними способами, крім вагою свого тіла (частіше руками, або потрапляння одягу у рушійний механізм).

Особливості странгуляційної борозни:

1. Горизонтальний напрямок борозни.
2. Странгуляційна борозна замкнута.
3. Глибина борозни на всьому протязі рівномірно виражена.
4. Борозна частіше розташовується нижче щитоподібного хряща.

Удавлення руками

Характерні ознаки:

1. Півмісяцеві (або дугоподібні) садна на шкірі передньо-бічній поверхні шиї (сліди пальців).

2. Підшкірні крововиливи в області шиї.
3. Переломи під'язичної кістки і хрящів гортані.
4. Переважне розташування ушкоджень на лівій стороні шиї (тому що удавлення відбувається частіше правою рукою).

Здавлення грудей і живота

Виникає через утискання важкими предметами, внаслідок обвалу. У результаті цього відбувається обмеження дихальних рухів грудної клітки і живота, це призводить до недостатнього потрапляння кисню у легені, виникає гіпоксія.

Ознаки тривалого здавлювання:

1. Одутле, з набряками синюшне обличчя з дрібнокраплинними крововиливами в склеру ока, шкіру обличчя, шиї (називається «екхімотична маска»).
2. При розтині спостерігається “карміновий” набряк легень (яскраво-червоного кольору).

Утоплення

Це один з видів смерті від задушення внаслідок закриття дихальних шляхів рідиною.

Існує два типи утоплення:

1. *Справжнє* – коли дихальні шляхи і легені заповнюються водою, відбувається розчинення крові рідиною, що всмокталася.
2. *Асфіксичне* – коли невелика кількість води викликає спазм гортані; при цьому, воздухоносні шляхи залишаються вільними від води.

Зовнішні ознаки утоплення:

1. Наявність в отворах носа і рота, а також у дихальних шляхах дрібнопухирчастої піни білого кольору (утворюється через змішування слизу і води) – ознака Крушевського. Зберігається до 2-х діб. На її місці залишається сітчаста плівка.
2. Блідість шкіри (через спазм капілярів).

3. «Гусяча шкіра» - утворюється внаслідок скорочення м'язів, що піднімають волосся.

4. Трупні плями фіолетового кольору з рожевим відтінком по периферії.

Внутрішні ознаки:

5. Під час розтину – легені збільшені в розмірах через насичення їх водою. Це найбільш виражена ознака, тримається до кінця тижня, після чого зникає.

6. Під зовнішньою оболонкою легень (плеврою) виявляються розпливчасті блідо-червоного кольору крововиливи, через 5-7 днів вони зникають.

7. Скупчення рідини в барабанній порожнині вуха та кишечнику.

8. Наявність у дихальних шляхах сторонніх речовин (піску, планктону).

Ознаки тривалості перебування у воді:

1. Бліде обличчя, шкіри долонь і підшов спостерігається через кілька годин.

2. Сморщування шкіри долонь - через 1-3 доби.

3. Сморщування шкіри підшов - через 5-6 днів.

4. Відділення верхнього шару шкіри (епідермісу) - через 7 днів .

5. Шкіра знімається у вигляді рукавичок (називається «рукавички смерті») - через 3 тижні.

ДІЯ ВИСОКОЇ ТЕМПЕРАТУРИ

Для нормальної життєдіяльності організму необхідна температура 36-37°C. Підвищення температури тіла до +45°C і зниження до +25°C призводить до смерті.

Загальна дія високої температури

Загальна дія високої температури викликає перегрівання тіла (цьому сприяє висока вологість). В результаті може виникнути *тепловий удар*, при якому спостерігається запаморочення, прискорене серцебиття, сильна слабкість,

Судово-медична експертиза вогнепальних поранень. судово-медична експертиза при механічній асфіксії, отруєнні та ...

почервоніння обличчя, утруднення дихання, судоми, і зрештою, смерть.

Тепловий удар часто спостерігається на виробництві – у гарячих цехах, а також у людей, які рухаються у шерензі щільним ладом.

При розтині – спостерігається повнокров'я (переповнення кров'ю) внутрішніх органів, кров темна та рідка.

Сонячний удар

Це різновид теплового удару. Виникає від притоку крові до голови під дією сонячних променів і перегрівання кори головного мозку.

Ознаки: головний біль, нудота і блювота. Пізніше настає втрата свідомості, судоми і смерть.

Найчастіше страждають діти від 2 до 5 років, які грають на сонці з непокритою головою.

Місцева дія високої температури (опік):

Опік 1 ступеня – характеризується болем, почервонінням і набряком шкіри.

Опік 2 ступеня – з'являються пухирі, які заповнені безбарвною рідиною.

Опік 3 ступеня – спостерігається омертвіння шкіри, вона стає щільної, темного кольору, в наслідок згорання білка шкіри утворюється опіковий струп.

Опік 4 ступеня – омертвіння всіх шарів тканин (обвуглювання).

Причини смерті від опіків:

1. Опіковий шок.
2. Порушення кровообігу (від згущення крові в наслідок втрати рідини).
3. Інтоксикація – отруєння організму продуктами розпаду тканин.

Дослідження трупа на місці пожежі

Ознаки прижиттєвого опіку:

1. Збереження шкіри на обличчі від зажмурювання.

2. Опіки і відкладення кіптяви на слизових оболонках дихальних шляхів.

3. Наявність карбоксигемоглобіну в крові (через дію чадного газу).

4. Характерне положення трупа, виявленого при пожежі – поза «боксерів» або людини, яка захищається.

ДІЯ НИЗЬКОЇ ТЕМПЕРАТУРИ

Загальна дія холоду:

При температурі 34-35°C з'являються ознаки замерзання, загальна слабкість, втома, сонливість, тремтіння м'язів. Пізніше виникає несвідомий стан і при температурі 24-25°C настає смерть.

Огляд замерзлого трупа на місці події:

1. Поза «мерзлякуватої людини» – коліна і руки підтягнуті до підборіддя.
2. Синюшно-багряна шкіра.
3. Постійна ознака – втягнутість яєчок у пахові канали.

На розтині:

1. Переповнення кров'ю лівої половини серця.
2. Дрібні крововиливи в слизову оболонку шлунка (плями Вишневського).
3. Переповнений сечовий міхур (через порушення іннервації).

Місцева дія холоду:

Перша ступінь відмороження – біль, почервоніння, набряк шкіри.

Друга ступінь - поява пухирів (однак вони швидко лопаються, заповнені кров'ю).

Третя ступінь - омертвіння шкіри в області пухирів.

Четверта ступінь - омертвіння м'яких тканин до кісток.

УРАЖЕННЯ ЕЛЕКТРИЧНИМ СТРУМОМ

Сила ушкодження електричним струмом залежить від:

- фізичних властивостей струму;
- стану шкіри (кращий опір сухої шкіри);
- тривалості контакту;
- шляху проходження електроструму через тіло (більш небезпечний шлях через серце або головний мозок);
- більш небезпечний перемінний струм, чим постійний;
- більше значення має сила струму, чим напруга.

Ознаки ураження електричним струмом:

1. Наявність електромітки – це таке ушкодження, яке має вигляд піднесеного по краях валика з поглибленням у центрі (нагадує опікову рану).
2. Різний діаметр зіниць – на стороні ураження зіниця більш вузька, має неправильну овальну форму.

На розтині:

1. М'язи в області ураження мають вигляд «звареного м'яса».

2. Підвищений тиск спинномозкової рідини.

Безпосередньою причиною смерті є: електрошок та зупинка серця і дихання. Подібні ушкодження можуть бути від блискавки.

УШКОДЖЕННЯ, ВИКЛИКАНІ ЗМІНОЮ АТМОСФЕРНОГО ТИСКУ

Як відомо, рівень атмосферного тиску – величина постійна і дорівнює 760 мм рт. ст. Відхилення цієї величини убік - збільшення або зменшення - викликає розлад здоров'я або навіть смерть.

Дія високого гідростатичного (барометричного) тиску
Спостерігається при виконанні водолазних робіт при

швидкому зануренні у воду. Через високий тиск судини лопаються, до них потрапляють бульбашки повітря, що призводить до газової емболії (закупорці судин). Спостерігається утрата свідомості, порушення дихання і серцебиття, потім настає смерть.

І, навпаки, при різкому зниженні тиску (спостерігається при швидкому підйомі з глибини) у крові розчинені гази утворюють бульбашки повітря, що також викликає газову емболію. Виникає кесонна хвороба – вона супроводжується запамороченням, нудотою, болем в м'язах і суглобах, порушенням ритму серця, може наступити параліч кінцівок.

На розтині: у серці і судинах виявляються бульбашки повітря.

Дія низького барометричного тиску

Виявляється в умовах перебування людини на висоті (підйом на гору, при польоті на літаку і т.д.)

Зниження парціального тиску кисню призводить до утруднення його проникнення в кров. Тобто кров не насичується киснем. Це веде до появи запаморочення, мерехтінню в очах, прискороного дихання і серцебиття, м'язової слабкості і стомлюваності. Такі симптоми з'являються вже при підйомі на висоту 2 – 3 тис. метрів. Можлива поява кровотечі з носа й вух. Обличчя стає синюшним, настає непритомний стан, який закінчується смертю.

На розтині виявляються ознаки швидкої смерті – набряк обличчя, крововиливи в шкіру обличчя і шиї, розриви внутрішніх органів.

СУДОВО-МЕДИЧНА ЕКСПЕРТИЗА ОТРУЄННЯ

Отруєнням називають такий розлад здоров'я або смерть, яка викликана дією отруйної речовини, яка потрапила в організм ззовні. Щорічна частка отруень у структурі насильницької смерті складає близько 15%.

У судовій медицині отрути класифікують на 4 групи:

1. Місцево-діючі (корозивні) – кислоти, луги та ін.

2. Кров'яні – чадний газ, бертолетова сіль, анілін, нітробензол)

3. Деструктивні - (солі й оксиди важких металів - ртуті, міді, свинцю і неметалів - миш'яку, фосфору).

4. Нервово-функціональні – сірководень, вуглекислий газ, синильна кислота і її солі, алкоголь, технічні рідини, снодійні засоби, наркотики, стрихнін, атропін та ін.

Окрема отруйна група – це харчові отруєння, До них відносять отруєння, викликані мікробами, а також отруєння небактеріального походження (отрутні гриби – мухомор, бліда поганка та ін.).

Судово-медична експертиза отруєнь має певні труднощі (більшість різної отрути не викликають специфічних змін і часто мають однакові прояви).

В останні роки на першому місці за кількістю отруєнь знаходиться отруєння окисом вуглецю (35-40%), на другому – отруєння етиловим спиртом (20-25%). Інші отруєння зустрічаються значно рідше.

Отруєння окисом вуглецю

Окис вуглецю входить до складу чадного газу, який утворюється при недбалому користуванні газовими приладами або пічним опаленням, також при пожежах, у закритих гаражах і ін.

Потрапляючи з вдихуванням повітрям спочатку в легені, а потім у кров, окис вуглецю з'єднується з гемоглобіном, тим самим витісняючи кисень. В результаті утворюється карбоксигемоглобін, який викликає гіпоксію (недостатня кількість кисню). Якщо окис вуглецю зв'язує в крові 60-70% гемоглобіну, то може наступити смерть.

Ознаки отруєння: спочатку – м'язова слабкість, запаморочення, шум у вухах, нудота, блювота, млявість, сонливість, пізніше настає порушення координації рухів, галюцинації, втрата свідомості, судоми. Смерть настає від паралічу дихального центра. При цьому, серце продовжує скорочуватися ще протягом приблизно до 10 хв. після зупинки дихання.

При дослідженні трупа звертають увагу на яскраво-червоний колір трупних плям. Також яскраво-червоний колір мають і внутрішні органи (при розтині трупа).

Отруєння етиловим спиртом

Етиловий спирт відноситься до отрути, яка має гальмівний вплив на центральну нервову систему. Смертельна доза чистого етилового спирту – 6-8 мл на 1 кг ваги людини (це приблизно 200-300 мл 95% етилового спирту). Токсичність алкоголю залежить від різних факторів: фізичних даних (вага, зріст), статі, кількості і якості випитого алкоголю, психічного стану, швидкості надходження в кров.

20% алкоголю всмоктується в шлунку, а 80% - у кишечнику. Якщо в шлунку знаходиться їжа, то в кров потрапляє на 15-30% алкоголю менше. Швидше всмоктується газований алкоголь.

Розрізняють дві фази отруєння алкоголем:

1 фаза – всмоктування (резорбція) алкоголю, яка триває від 40 хв. до 1 години (натщесерце) і 1,5-3 години при наповненому шлунку. У цей період алкоголь зі шлунка і кишечнику потрапляє в кров і його вміст у цей період максимальний.

2 фаза – окислення (елімінація) алкоголю. 90% алкоголю окислюється, а 10% виділяється легеньми, із сечею, з потом. У цій фазі рівень алкоголю в крові зменшується, а в сечі збільшується. Тому, щоб визначити фазу алкогольної інтоксикації досліджують сечу і кров.

Визначення концентрації алкоголю проводять у судово-хімічному відділенні Бюро судово-медичної експертизи *методом газорідної хроматографії*.

Розрізняють три ступеня алкогольного сп'яніння:

- 1) ступінь – легка (у крові етанолу - від 0,5 до 1,5^о/оо)
- 2) ступінь – середня (1,5-2,5^о/оо)
- 3) ступінь – важка (2,5-3^о/оо) – спостерігається втрата свідомості, зниження больової чутливості, зниження рефлексів, порушення дихання, блювота (аспірація).

Концентрація етанолу понад 5^о/оо вважається смертельною.

Контрольні питання

1. Зміст поняття “вогнепальне поранення”. Види та класифікація ручної вогнепальної зброї.
2. Будова бойового та мисливського патрона. Механізм пострілу. Види дії кулі в залежності від кінетичної енергії.
3. Основні та додаткові фактори ушкодження пострілу.
4. Рановий канал, його види. Ознаки вхідного та вихідного вогнепальних отворів.
5. Види дистанцій пострілу. Ознаки пострілу в упор.
6. Ознаки пострілу з близької та неблизької відстані. Феномен Виноградова.
7. Встановлення дистанції пострілу при дробових пораненнях.
8. Особливості поранень при холостих пострілах та пострілах кулями спеціального призначення.
9. Особливості поранень при вибухах гранат, мін, снарядів, саморобних пристроїв.
10. Основні методи додаткових досліджень вогнепальних поранень.
11. Які питання вирішують при судово-медичній експертизі вогнепальних поранень?
12. Зміст та особливості складання експертних висновків при вогнепальних пораненнях.
13. Класифікація механічної асфіксії та її загальні ознаки.
14. Судово-медична експертиза при повішенні.
15. Удавлення петлею та руками.
16. Здавлення грудної клітки та живота.
17. Утоплення.
18. Ураження електричним струмом.
19. Ушкодження, які спричинені дією високої та низької температури.
20. Баротравми.
21. Поняття про отруту та отруєння. Класифікація отрути.

22. Характеристика і судово-медична діагностика смерті від алкогольної інтоксикації.

23. Зміст та особливості побудови експертних висновків при різних видах механічної асфіксії, отруєнні та дії деяких фізичних факторів.

Ситуаційні завдання

1. При судово-медичному обстеженні трупа на його шкірі встановлено вхідний вогнепальний отвір без додаткових факторів ушкодження пострілу. При огляді виявлена кіптява на внутрішній поверхні ближчого до тіла шару одяжі. Який висновок з цього можна зробити ?

2. При дослідженні вогнепального поранення лікар-експерт помітив відсутність дефекта тканини. Вкажіть в яких випадках зустрічається ця ознака ?

3. При огляді трупа, знайденого у покинутій будівлі, експерт помітив, що голова трупа має вигляд окремих фрагментів скроневих та потиличних кісток з залишками мозкової рідини. Укажіть при якому пораненні зустрічається ця ознака?

4. На розтині – праві відділи серця заповнені рідкою кров'ю, під епікардом численні крапкові крововиливи, повнокрів'я внутрішніх органів. Ваш висновок.

Тестові завдання

Виберіть одну правильну відповідь

1. Від чого залежить розподіл кіптяви та порошинок навколо рани?

- а) відстані пострілу;
- б) зразку зброї;

Судово-медична експертиза вогнепальних поранень. судово-медична експертиза при механічній асфіксії, отруєнні та ...

- c) якості пороха;
- d) конструкції дульного кінця зброї;
- e) всі відповіді правильні.

2. Що можна встановити за допомогою штанц-марки?

- a) енергію снаряда;
- b) дистанцію пострілу;
- c) положення постраждалого у момент отримання

ушкодження.

3. Яку дію викликає куля, що має найменшу кинетичну енергію?

- a) пробивну;
- b) розривну;
- c) клиноподібну;
- d) контузійну.

4. Чим характеризується вхідна рана при пострілі в притул?

- a) дефектом шкіри («мінус-тканина»);
- b) штанц-маркою;
- c) великими відкладеннями кіптяви навколо рани;
- d) присутністю порохових зернин у шкірі й одягу.

5. При якій дистанції не виявляють додаткові продукти пострілу?

- a) в притул;
- b) з близької дистанції;
- c) в притул під кутом;
- d) з неблизької дистанції.

6. Що відносять до додаткових продуктів пострілу?

- a) кулю;
- b) дріб;
- c) уламок снаряду;
- d) частинки порохових зерен.

7. Який серед наступних каналів не виділяють?
- прямого;
 - ламаного;
 - зірчастого;
 - перерваного.
8. Назвіть характерні ознаки пострілу з неблизької відстані?
- зірчаста, хрестоподібна форма країв рани;
 - яскраво-червоний колір країв вхідного отвору;
 - металеві частинки на стінках ранового каналу;
 - наявність темно-сірого нальоту кіптяви на внутрішніх шарах одягу (ознака Виноградова).
9. При пострілі в притул де переважно локалізуються додаткові фактори пострілу?
- в рановому каналі;
 - навколо вхідного вогнепального отвору;
 - зовсім відсутні.
10. Що дозволяє встановити дослідження пояску обтирання навколо вхідного отвору?
- відстань пострілу;
 - вхідні отвори;
 - провести ідентифікацію зброї та куль.
11. Що дозволяє встановити наявність перерваного ранового каналу?
- число пострілів;
 - дистанцію пострілу;
 - зразок зброї;
 - положення частин тіла постраждалого під час поранення.
12. Назвіть ознаки вихідного кульового отвору?
- щілиноподібна форма;

- b) поясок обтирання;
- c) хрестоподібна форма;
- d) зірчаста форма.

13. Що характерно для механічної асфіксії?

- a) зниження концентрації кисню та підвищення концентрації вуглекислого газу в крові;
- b) підвищення концентрації кисню та зниження вмісту вуглекислого газу в крові.

14. Які розрізняють види механічної асфіксії?

- a) компресійна;
- b) аспіраційна;
- c) странгуляційна;
- d) обтураційна;
- e) всі відповіді правильні.

15. Чим характеризується странгуляційна борозна при повішенні?

- a) косовисхідним напрямком та розташуванням у верхній третині шиї;
- b) горизонтальним напрямком та розташуванням в нижній третині шиї.

16. Странгуляційна борозна при повішенні характеризується:

- a) замкнутим характером та рівномірною виразністю;
- b) незамкнутим характером та нерівномірною виразністю.

17. Чим характеризується странгуляційна борозна при задущенні петлею?

- a) косовисхідним напрямком та розташуванням у верхній третині шиї;
- b) горизонтальним напрямком та розташуванням в нижній третині шиї.

18. Що характерно для странгуляційної борозни при задушенні петлею?
- а) замкнутий характер та рівномірна вираженість;
 - б) незамкнутий характер та нерівномірна вираженість.
19. Яка ознака не є характерною при задушенні руками?
- а) півмісяцеві садна на шкірі передньо-боковій поверхні шиї;
 - б) підшкірні крововиливи в області шиї;
 - с) переломи під'язикової кістки і хрящів гортані;
 - д) надриви сонних артерій.
20. Що відносять до obturaційної асфіксії?
- а) повішення;
 - б) закриття дихальних шляхів сторонніми предметами;
 - с) аспірація сипучими речовинами.

ПРИКЛАД СКЛАДАННЯ ЕКСПЕРТНОГО ВИСНОВКУ ПРИ ВОГНЕПАЛЬНОМУ ПОРАНЕННІ

На шкірі передньої поверхні грудної клітки в третьому міжребер'ї зліва визначається рана округлої форми 0,5 см з дефектом ткани. Краї рани дрібнозазубрені, сіро-чорного кольору, осаднені у вигляді пояску, ширина якого складає 0,2 см. Шкіра навколо рани без видимих ушкоджень, додаткові фактори пострілу також відсутні.

Таким чином, на лівій половині грудної клітки визначається вхідний вогнепальний отвір, про що свідчить форма рани, наявність дефекту тканини, пояску осаднення та обтирання. Постріл здійснено з невеликої відстані, про що свідчить відсутність додаткових факторів пострілу навколо рани. Наявність дефекту тканини вказує на достатньо велику кінетичну силу кулі.

ПРИКЛАД СКЛАДАННЯ ЕКСПЕРТНОГО ВИСНОВКУ ПРИ МЕХАНІЧНІЙ АСФІКСІЇ

Смерть настала внаслідок механічної асфіксії, про що свідчать: наявність характерної для цього виду асфіксії високо розташованої странгуляційної борозни, яка має косовисхідний напрямок, наявність надривів внутрішньої оболонки сонних артерій, крововиливи у м'які тканини шиї, а також наявність загальних ознак асфіксії – численних темно-фіолетових трупних плям, рідкий стан крові у порожнині серця та судинах, численні краплинні крововиливи на серозних та слизових оболонках.

Садно у ділянці правого колінного суглоба розміром 2×1,5 см, без крововиливу у м'які тканини. Садно посмертного характеру, могло виникнути при знятті трупа з петлі та ударом твердим предметом.

Наявність у крові алкоголю 1,2 г/л, а у сечі – 0,8 г/л свідчить про те, що перед смертю потерпілий приймав спиртні напої та мав легку ступінь алкогольного сп'яніння.

Рекомендована література

Базова

1. Афонин А. Н., Петров Л. В., Ярёмченко А. И. Макроскопическая диагностика острых отравлений. Санкт-Петербург: СпецЛит, 2017. 87 с.
2. Найда А.І., Малик О.Р. Судова медицина: навч. посіб. Київ : Атіка, 2012. 272 с.
3. Неклюдов Ю.А. Судебная медицина : справочник. Москва : Дрофа, 2007. 608 с.
4. Руководство по судебной медицине : учеб. пособие / В. Н. Крюков и др. ; под ред. И. В. Буромского. Москва : Норма : ИНФРА-М, 2018. 656 с.
5. Самищенко С. С. Судебная медицина : учебник. 2-е изд., перераб. и доп. Москва : Юрайт, 2013. 471 с.
6. Судова медицина (у схемах, таблицях і малюнках) :

навч. посіб. / Лісовий А.С. та ін. ; за заг. ред. К.А. Лісового, П.Л. Голубовича. Київ : Атіка, 2007. 412 с.

7. Судова медицина : підручник / Мішалов В. Д. та ін. ; за заг. ред. В. Д. Мішалова. Чернівці : Місто, 2018. 572 с.

Допоміжна

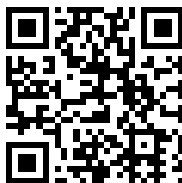
1. Гусенцов А.О., Кашинский М.Ю., Кухарьков Ю.В. Судебная медицина: курс интенсивной подготовки : учебн. пособ. Минск : ТетраСистемс, 2012. 158 с.

2. Кононенко В.И., Крапивкин Ю.А. Огнестрельная и взрывная травма : учебно-методические рекомендации в схемах и таблицах. Харьков, 1991. 52 с.

3. Попов В. Л., Шигеев В. Б., Кузнецов Л. Е. Судебно-медицинская баллистика : практическое руководство. Санкт-Петербург : Гиппократ, 2002. 656 с.

4. Сашко С.Ю., Зарафьянц Г.Н., Круть М.И. Судебно-медицинская экспертиза пищевых отравлений: учебн. пособ. Санкт-Петербург : СПбГУ, 2016. 88 с.

Навчальний відеофільм



СУДОВО-МЕДИЧНА ЕКСПЕРТИЗА ЖИВИХ ОСІБ. ВИЗНАЧЕННЯ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ТА СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ ТІЛЕСНИХ УШКОДЖЕНЬ

МЕТА: ознайомитися з принципами судово-медичної експертизи живих осіб та навчити правилам призначення судово-медичної експертизи живих осіб.

Основні поняття: симуляція, диссимуляція, агравація, самоушкодження, статева зрілість, статева недоторканість, статевий злочин, легкі тілесні ушкодження, середньої тяжкості тілесні ушкодження, тяжкі тілесні ушкодження, втрата працездатності, побої, мордування, катування.

За результатами вивчення теми здобувач вищої освіти повинен:

знати:

- процесуальні положення та організацію проведення судово-медичної експертизи визначення стану здоров'я;
- методика проведення судово-медичної експертизи стану здоров'я;
- судово-медичну експертизу втрати працездатності, штучних та удаваних хвороб, навмисного заподіяння шкоди власному здоров'ю (самоушкодження), статевому стану, статевих злочинів, визначення віку;
- питання, які вирішують при проведенні судово-медичної експертизи стану здоров'я;
- процесуальні положення та організацію проведення судово-медичної експертизи визначення ступеня тяжкості тілесних пошкоджень;
- методика проведення судово-медичної експертизи тяжкості тілесних пошкоджень;

- кваліфікуючі ознаки тяжких, середньої тяжкості та легких тілесних ушкоджень;
- особливі способи завдання ушкоджень;
- питання, які вирішують при експертизі тяжкості тілесних ушкоджень;
- зміст та особливості побудови висновків при експертизі тяжкості тілесних ушкоджень;

уміти:

- аналізувати висновки судово-медичної експертизи штучних та удаваних хвороб, навмисного заподіяння шкоди власному здоров'ю, статевого стану, статевих злочинів, визначення віку;
- описувати локалізацію ушкоджень по відношенню до постійних анатомічних орієнтирів;
- встановлювати механізм ушкодження;
- визначати характер травмуючого предмета;
- визначати час та послідовність виникнення ушкоджень;
- визначати ступінь тяжкості тілесних ушкоджень;
- аналізувати висновки при експертизі тяжкості тілесних ушкоджень.

Методичні рекомендації для підготовки до теми заняття

Вивчають процесуальні положення та організацію проведення судово-медичної експертизи визначення стану здоров'я. З'ясовують приводи (визначення психічного та фізичного стану особи, яка підлягає огляду, відмова підекспертного з'явитися до суду під приводом поганого стану здоров'я та ін.) та порядок направлення на огляд живих осіб у Бюро судово-медичної експертизи.

Необхідно розглянути методику проведення судово-медичної експертизи стану здоров'я (ознайомлення з супро-

воджувальними документами та обставинами справи, опитування про перенесені хвороби, огляд, залучення до експертизи інших спеціалістів та призначення додаткових методів дослідження).

Потім переходять до розгляду судово-медичної експертизи штучних та удаваних захворювань. У першу чергу визначають такі поняття як "симуляція", "диссимуляція" та "агравация". Необхідно засвоїти ознаки симуляції найбільш розповсюджених захворювань та їх окремих симптомів. Визначають поняття "самоушкодження" та ознаки його виявлення (розташування ушкоджень в місцях доступних для дії власною рукою та ін.). Також важливим для розгляду є вивчення експертизи при спірному статевому стані (справжній і несправжній гермафродитизм), статевої зрілості (визначається з огляду на віковий інтервал, в якому знаходиться особа, здатності до статевого акту, вплив географічних та соціальних факторів), встановлення статевої недоторканості (при спробах згвалтування, у випадках статевих відносин з неповнолітніми та ін.), вагітності, колишніх пологів, абортів. Далі переходять до вивчення експертизи згвалтування (ушкодження в області статевих органів, виявлення сперми в пихві, зараження венеричною хворобою, вагітність) та інших статевих злочинів (ропусні дії). Вивчають сучасні лабораторні методи дослідження при скоєнні статевих злочинів.

Закінчують розгляд теми заняття питанням ідентифікації особи. Досліджують вік, вагу, зріст, особливості анатомічної будови, наявність існуючих або перенесених у минулому захворювань, слідів ушкоджень, татуювань, а також медичні документи, рентгенівські знімки, фотознімки.

Розглядають процесуальні положення та організацію проведення судово-медичної експертизи ступеня тяжкості тілесних ушкоджень. При цьому з'ясовують підстави та місце проведення експертизи, а також її документальне оформлення.

Далі вивчають методику проведення експертизи (дослідження медичних документів та матеріалів розсліду-

вання, опитування, об'єктивний огляд та описування ушкоджень, консультації спеціалістів). Також проводять правове та медичне визначення тілесних ушкоджень та звертають увагу на питання, які вирішують при експертизі визначення тяжкості тілесних ушкоджень (характер та давність ушкодження, вид знаряддя і механізм утворення ушкодження і т.д.).

Потім приступають до розгляду медико-юридичної класифікації тілесних пошкоджень (тяжкі, середньої тяжкості та легкі тілесні ушкодження). Необхідно послідовно вивчити ознаки тяжких тілесних ушкоджень (ушкодження небезпечні для життя в момент їхнього заподіяння; ушкодження, які потягли за собою втрату зору та слуху або втрату будь-якого органа або втрату органом його функції; ушкодження, які потягли за собою стійку втрату працездатності не менш, ніж на 1/3 або повну втрату професійної працездатності; ушкодження, які призвели до переривання вагітності; ушкодження, які виразилися в непоправному знівеченні обличчя; ушкодження, які потягли за собою психічний розлад, захворювання наркоманією або токсикоманією), середньої тяжкості (довготривалі небезпечні ушкодження без наслідків для життя, але, які потягли за собою тривалий розлад здоров'я або значну стійку втрату працездатності менш ніж на 1/3) та легких тілесних ушкоджень (ушкодження, які потягли за собою короточасний розлад здоров'я або незначну стійку втрату працездатності, побої). Необхідно також звернути увагу на особливі способи завдання ушкоджень: мучення і катування та вивчити їхні кваліфікуючі ознаки. Нарешті, з'ясовують зміст та особливості побудови висновків при експертизі визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень.

Конспект навчального матеріалу

В процесі розслідування або судового розгляду виникають різні приводи для експертизи (огляду) живих осіб (обвинувачуваного, підозрюваного, свідка, потерпілого).

Судово-медична експертиза живих осіб. Визначення стану здоров'я та ступеня тяжкості тілесних ушкоджень

Найбільш частими з таких приводів є:

1. Встановлення ступеня і характеру тілесних ушкоджень, а також давності нанесення таких ушкоджень, зняття, яким було заподіяне ушкодження,
2. Визначення стійкої втрати загальної і професійної працездатності.
3. Визначення стану здоров'я, штучних хвороб, симуляції, диссимуляції та агравації.
4. Експертиза при зґвалтуванні, розпусних діях сексуального характеру.
5. Визначення деяких статевих станів (справжньої статі, статевої здатності, вагітності, абортів, минулих пологів і т.д.).
6. Визначення віку, тотожності особистості і т.д.

Судово-медична експертиза живої особи здійснюється за постановою слідчого судді або за ухвалою суду.

Обстеження проводиться у відповідному відділі Бюро судово-медичної експертизи. Однак у залежності від конкретних обставин, експертиза може відбуватися в лікувальній установі, вдома, в судовому засіданні, в кабінеті слідчого, в камері попереднього ув'язнення і в інших місцях.

Як і при експертизі інших об'єктів, експертиза живих осіб може бути первинною, додатковою, повторною, комісійною і комплексною.

Методика і послідовність експертизи

1. Ознайомлення з супроводжувальними особистими та медичними документами.
2. Опитування обстежуваного про обставини події.
3. Огляд одягу.
4. Огляд і опис ушкоджень, фізичного стану, статевої сфери й інших особливостей.
5. Додаткові дослідження (лабораторні), консультації фахівців.

На підставі проведеної експертизи складається «Висновок експерта».

Визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень

Під *тілесним ушкодженням* розуміють таке ушкодження, яке супроводжується порушенням анатомічної цілісності і фізіологічних функцій органів і тканин під дією факторів зовнішнього середовища.

Визначення характеру тілесних ушкоджень проводиться згідно «Правилам судово-медичного визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень» і передбачає обов'язкове призначення судово-медичної експертизи для безпосереднього огляду підекспертного.

Як виняток експертиза живої особи може проводитися за медичними документами.

Кримінальний кодекс України передбачає відповідальність за навмисне заподіяння тілесних ушкоджень різного ступеня тяжкості.

Кримінальний кодекс України передбачає три ступеня тяжкості тілесних ушкоджень:

- тяжке тілесне ушкодження (ст. 121);
- середньої тяжкості тілесне ушкодження (ст. 122);
- легке тілесне ушкодження (ст. 125).

Тяжкі тілесні ушкодження

До них відносять:

1. Ушкодження небезпечні для життя в момент їхнього заподіяння.

2. Ушкодження, які потягли за собою втрату слуху, зору або втрату якого-небудь органа або втрату органом його функцій.

3. Ушкодження, які потягли за собою стійку втрату працездатності не менш, ніж на 1/3 або повну втрату професійної працездатності.

4. Ушкодження, які призвели до переривання вагітності.

Судово-медична експертиза живих осіб. Визначення стану здоров'я та ступеня тяжкості тілесних ушкоджень

5. Ушкодження, що виразилися в непоправному знівеченні обличчя.

6. Ушкодження, які потягли за собою психічний розлад, захворювання на наркоманію або токсикоманію.

До ушкоджень небезпечних для життя відносяться:

1. Проникаючі поранення черепа (у тому числі і без ушкодження мозку).

2. Відкриті і закриті переломи кісток склепіння і основи черепа.

3. Забиття головного мозку важкого і середнього ступеня тяжкості з ураженням стовбура мозку.

4. Проникаючі поранення хребта (у тому числі і без ушкодження спинного мозку).

5. Переломи і вивихи шийних хребців (1 і 2-го).

6. Проникаючі поранення глотки, гортані, трахеї, стравоходу.

7. Проникаючі поранення грудної і черевної порожнини (у тому числі і без ушкодження внутрішніх органів).

8. Закриті ушкодження органів грудної і черевної порожнини.

9. Відкриті переломи довгих трубчастих кісток (плечової, стегнової, кісток гомілки і передпліччя, а також вивихи великих суглобів).

10. Шок тяжкого ступеня (3-4 ступінь) різного походження.

11. Коматозний стан різного походження.

12. Масивна крововтрата.

13. Гостра ниркова або печінкова недостатність.

14. Гостра дихальна недостатність важкого ступеня.

15. Гнійно-септичний стан (сепсис).

16. Розлад кровообігу, який призвів до інфаркту, інсульту, емболії.

17. Механічна асфіксія, яка спричинила розлад мозкового кровообігу.

18. Комбіновані ушкодження.

Безпечні для життя ушкодження, що відносяться до тяжких за своїми наслідками

Втрата зору – повна стійка сліпота на обоє очей або неможливість розрізнити предмети на відстані 2 м і менш (гострота зору 0,04 і нижче). Втрата зору на одне око спричиняє стійку втрату працездатності понад 1/3 і також відноситься до тяжких ушкоджень.

Втрата слуху – під втратою слуху розуміють стійку повну глухоту на обидва вуха або такий стан слуху, коли потерпілий не чує голосну мову на відстані 3-5 см від вушної раковини. Втрата слуху на одне вухо оцінюється за ступенем стійкої втрати працездатності.

Втрата будь-якого органу або втрата органом його функції

Мається на увазі втрата язика (мови), руки, ноги, статевої здатності або втрата здатності до запліднення та народження дітей.

Під втратою ноги або руки розуміється як анатомічна втрата цих органів, так і втрата ними своїх функцій.

Під анатомічною втратою руки або ноги розуміють як відділення від тулуба всієї руки або ноги, так і ампутацію на рівні не нижче ліктьового або колінного суглоба.

Ушкодження, які потягли за собою стійку втрату працездатності не менш, ніж на 1/3

Причому мається на увазі втрата загальної працездатності, а не професійної. Відсоток втрати встановлюється за спеціальною таблицею.

Ушкодження, які потягли за собою переривання вагітності:

а) переривання вагітності незалежно від її терміну кваліфікується як тяжке;

Судово-медична експертиза живих осіб. Визначення стану здоров'я та ступеня тяжкості тілесних ушкоджень

б) експертиза проводиться комісійно за участю акушера-гінеколога;

в) складність полягає не у встановленні факту переривання вагітності, а у встановленні взаємозв'язку між перериванням вагітності і травмою (тільки в цьому випадку воно кваліфікується як тяжке тілесне ушкодження).

Непоправне знівечення обличчя

Непоправне знівечення обличчя варто розуміти як таке ушкодження, що з часом у процесі загоєння не зникає і не стає малопомітним і для цього потрібна косметична операція.

Судово-медичний експерт не має права встановлювати факт такого ушкодження, його встановлює суд.

Судово-медичний експерт встановлює тільки характер і ступінь тяжкості тілесного ушкодження на обличчі.

Ушкодження, що викликали психічний розлад та захворювання на наркоманію і токсикоманію

Для експертизи таких ушкоджень потрібна участь психіатрів і наркологів, які встановлюють зв'язок між захворюванням та травмою, яка спричинила його.

Існують особливі способи заподіяння тяжких тілесних ушкоджень: це катування і мучення.

Під *мученнями* розуміють дії, що заподіюють жертві страждання шляхом позбавлення їжі, питва, способом, небезпечним для життя і здоров'я людини.

До *катувань* відносяться дії, розраховані на заподіяння особливої хвороби – биття різками, щипання та ін.

У подібних випадках експерт спочатку встановлює:

- ступінь тяжкості тілесного ушкодження;
- спосіб його заподіяння;
- якщо настала смерть, то зв'язок між ушкодженням і смертю.

Середньої тяжкості тілесні ушкодження

До них відносяться ушкодження безпечні для життя і без наслідків, але які потягли за собою тривалий розлад здоров'я або значну стійку втрату працездатності менш ніж на 1/3.

Під *тривалим розладом здоров'я* розуміють ушкодження (захворювання, порушення функції) тривалістю понад 3-х тижнів (тобто більш 21 дня).

Під *значною стійкою втратою працездатності* розуміють утрату загальної працездатності на 10-33%.

Легкі тілесні ушкодження

Розрізняють два види легких тілесних ушкоджень:

1. Ушкодження, які потягли за собою короткочасний розлад здоров'я або незначну стійку втрату працездатності.

2. Ушкодження, які не потягли за собою вище зазначених наслідків.

Під *короткочасним розладом здоров'я* розуміють захворювання або порушення функції будь-якого органу тривалістю більше шести днів, але не менш ніж три тижні (тобто не більш 21 дня).

Під *незначною стійкою втраті працездатності* розуміють втрату загальної працездатності до 10%.

До легких тілесних ушкоджень відносяться ушкодження, які носять незначні, тимчасові наслідки, або такі, що взагалі не спричинили за собою розладу здоров'я, або – спричинили незначне захворювання тривалістю не більше шести днів.

Також передбачена відповідальність за нанесення *побоїв*. Побої не складають якого-небудь особливого виду ушкодження, вони характеризуються багаторазовим нанесенням ударів. Побої можуть не залишати видимих слідів (удари через одяг). Найчастіше побої за характером викликають синці і садна.

СУДОВО-МЕДИЧНА ЕКСПЕРТИЗА ВИЗНАЧЕННЯ СТАНУ ЗДОРОВ'Я

Приводи для призначення експертизи визначення стану здоров'я:

1. Визначення психічного і фізичного стану підекспертного у випадках, коли виникають сумніви в здатності правильно сприймати обставини, які мають значення для справи або давати правильні показання.

2. Відмова свідка, обвинувачуваного з'явитися в суд під приводом поганого стану здоров'я.

3. Відмова від виконання обов'язків військової служби в зв'язку з наявністю захворювання та інших обставин.

В таких випадках проводиться, як правило, комісійна експертиза з залученням лікарів відповідних спеціальностей (при необхідності її проводять у лікувальній установі).

Небхідність визначення стійкої втрати загальної і професійної працездатності виникає не тільки в зв'язку з встановленням ступеня тяжкості тілесного ушкодження, але й у зв'язку:

- з матеріальним відшкодуванням заподіяної шкоди здоров'ю, викликаних побутовими або транспортними травмами;
- при цивільних позовах до батьків на утримання дітей;
- при цивільних позовах до дітей від хворих або непрацездатних батьків;
- у шлюборозлучних справах та ін.

Відповідно до діючого законодавства, відшкодування шкоди здоров'ю, викликаного яким-небудь ушкодженням проводиться шляхом відшкодування збитків, понесених потерпілим у зв'язку з втратою або зменшенням заробітної

плати. Розмір таких збитків залежить від ступеня втрати працездатності потерпілим.

Судово-медична експертиза визначення стійкої втрати працездатності здійснюється тільки комісією при Бюро судово-медичної експертизи.

Комісія розв'язує такі питання:

- про наявність і ступінь стійкої втрати працездатності;
- встановлення причинного зв'язку між травмою і ступенем втрати працездатності;
- про необхідність санаторно-курортного лікування;
- про необхідність додаткового харчування;
- про необхідність стороннього догляду;
- про необхідність протезування та ін.

Призначають комісійну експертизу за ухвалою суду.

Встановлення тимчасової втрати працездатності здійснюється лікарями стаціонарів і поліклінік та лікарсько-консультативною комісією (ЛКК) лікувальних установ.

Якщо стійка втрата працездатності настала на виробництві, то її наявність і розміри визначаються медико-соціальними експертними комісіями (МСЕК). Останні оцінюють розмір втрати непрацездатності відповідно до трьох груп інвалідності у відсотках.

Судово-медичні експерти, виходячи з вимог суду, визначають розміри стійкої втрати працездатності тільки у відсотках стосовно загальної працездатності.

СУДОВО-МЕДИЧНА ЕКСПЕРТИЗА ШТУЧНИХ І УЯВНИХ ХВОРОБ

При проведенні судово-медичної експертизи можливі випадки обману з боку підекспертних щодо їх справжнього стану здоров'я.

В експертній практиці доводиться зустрічатися з:

1. *симуляцією* – коли підекспертний, який насправді є здоровою людиною, зображує неіснуючу хворобу або її окремі симптоми;
2. *диссимуляцією* – коли починається спроба сховати наявне захворювання або справжній стан (венеричну хворобу, вагітність, травму, отриману в боротьбі зі злочинцем);
3. *агравациєю* – перебільшенням тяжкості наявного захворювання;
4. *покаліченням* – коли особа навмисно заподіює шкоду своєму здоров'ю, викликаючи захворювання або ушкодження.

Симуляція

При симуляції *захворювань серця* застосовують збудливі засоби в підвищених дозах (тютюн, чай, кава й ін.), які викликають задишку, прискорене серцебиття і навіть порушення серцевого ритму. Симуляція гіпертонічної хвороби здійснюється прийомом лікарських препаратів, які підвищують артеріальний тиск (ефедрин, теофедрин, кофеїн), а також тривалими фізичними вправами (руховою активністю) і затримкою дихання. У цьому випадку необхідне лабораторне дослідження крові і сечі на наявність лікарських речовин.

Серед *захворювань органів дихання* частіше симулюють бронхіт і туберкульоз легень. Кашель і задишку викликають палінням дратівних речовин або вдиханням пару нашатирного спирту. Для симуляції туберкульозу легень підмішують кров до мокротиння, або "позичають" мокротиння туберкульозного хворого, натирають ділянки шкіри грудної клітки ртутною маззю або вводять ртуть під шкіру (або іншу рентгеноконтрастну речовину) для одержання затемнення на рентгенівському знімку для імітації патологічного вогнища у легені.

Для симуляції *захворювань нирок і сечовивідних шляхів* вживають велику кількість води (для викликання набряків),

додають кров, курячий білок, сироватку в сечу, яка направляєтья на лабораторне дослідження. Для симуляції сечокам'яної хвороби під шкіру на рівні нирок вводять рентгеноконтрастну речовину.

При симуляції *діабету* до сечі додають цукор або глюкозу, або розбавляють сечу водою для зменшення її питомої ваги (тому аналіз сечі треба брати раптово).

Симуляція *нічного нетримання сечі*. Така симуляція представляє великі труднощі для діагностики. Обстеження повинно проводитися в урологічному відділенні.

Симуляція *хвороб органів травлення* зустрічається рідко. При симуляції гастритів підвищують кислотність шлункового соку додаванням до нього інших кислот (оцтової, лимонної). Тому проводять судово-хімічне дослідження шлункового соку з метою встановлення кислот, що не входять до складу шлункового соку. Для симуляції виразки шлунка і 12-палої кишки перед рентгенівським дослідженням проковтують металеві предмети (кульки, часточки свинцю, металеву ртуть), створюючи на рентгенівському знімку картину виразки.

Для симуляції жовтяниці приймають велику кількість акрихіну, що забарвлює шкіру в жовтий колір (для цього необхідний аналіз сечі, де визначають зміст акрихіну).

Навмисне заподіяння шкоди здоров'ю (покалічення)

Викликається найчастіше вогнепальною зброєю, гострими і тупими предметами, а також транспортними засобами. Останнім часом також – з використанням лікарських препаратів, хімічних засобів, високої і низкою температурою.

Ушкодження на тілі як правило розташовуються в місцях доступних для дії власною рукою: груди, живіт, кінцівки. Звичайне покалічення видається за нещасливий чи випадок саможубство.

Судово-медична експертиза живих осіб. Визначення стану здоров'я та ступеня тяжкості тілесних ушкоджень

У ході експертизи необхідно ретельно обстежити постраждалого, його одяг, знаряддя, яким заподіяно ушкодження та інших речовин і зіставлення їх з обставинами події.

При самоушкодженні з вогнепальної зброї приймаються зусилля для знищення слідів близького пострілу (дія газів, кіптяви, порошинок) через різні прокладки. Такі прокладки можуть бути виявлені на місці події або в рановому каналі.

Слідчий експеримент проводиться з обов'язковою участю судово-медичного експерта.

Експертиза статевого стану, статевої зрілості

Експертиза статевого стану пов'язана з необхідністю встановлення справжньої статі, статевої зрілості, минулої або нинішньої вагітності, минулих пологів, статевої спроможності.

Встановлення справжньої статі

На статеву сферу припадає 2,5% всіх аномалій розвитку організму. Не завжди вдається встановити справжню стать. У однієї людини можуть спостерігатися ознаки і чоловічої і жіночої статі. Така двостатевість – називається *гермафродитизмом*.

Розрізняють справжній і несправжній гермафродитизм. Справжній гермафродитизм зустрічається дуже рідко і характеризується наявністю в тій самій людині і чоловічих і жіночих статевих залоз (ячок і яечників) при наявності чоловічого або жіночого типу будови зовнішніх статевих залоз.

Частіше зустрічається несправжній гермафродитизм. У цьому випадку статеві залози відносяться до однієї статі, а зовнішні статеві органи відповідають іншій статі. Вторинні статеві ознаки (оволосіння, грудні залози) частіше відповідають протилежній статі.

Розрізняють *чоловічий несправжній гермафродитизм*, коли у особи є чоловічі статеві залози (яєчка), що знаходяться у черевній порожнині і зовнішні статеві органи, які імітують (тому що не зовсім добре розвинуті) жіночі.

А також *жіночий несправжній гермафродитизм*, коли у особи є яєчники, а зовнішні статеві органи нагадують або дуже схожі на чоловічі.

При встановленні статі вирішальне значення має дослідження статевих залоз.

Також генетично визначають стать по набору хромосом у ядрах клітин тканин. У жінок хромосомний набір складають дві хромосоми (xx), а в чоловіків – хромосомний набір – ху.

Статева зрілість

Підлітки до 14 років у статевому відношенні є не зрілими, а у віці 18 років – зрілими. Тому визначення статевої зрілості визначається у віковому інтервалі з 14 до 18 років.

При цьому, в чоловіків статева зрілість характеризується здатністю до статевого акту і запліднення. А в жінок визначається здатністю до зачаття, виношуванню плоду, народженню дітей, вигодовуванню їх, а також виконувати функції матері.

При визначенні статевої зрілості в дівчаток враховується:

- загальний фізичний розвиток;
- стан зовнішніх і внутрішніх статевих органів;
- розвиток вторинних статевих ознак;
- наявність менструацій.

Статева зрілість залежить від багатьох факторів: географічних, соціальних (чим вище соціальний статус, тим раніш відбувається дозрівання) та ін.

Визначення продуктивної здатності

Експертиза продуктивної здатності проводиться в таких випадках:

- 1) при зґвалтуванні;
- 2) при аліментних позовах;
- 3) у справах про розірвання шлюбу;
- 4) при визначенні ступеня тяжкості тілесних ушкоджень, які призводять до втрати продуктивної здатності.

У чоловіків продуктивна здатність складається з встановлення здатності до статевих зносин і запліднення.

Нездатність до статевих зносин може бути пов'язана:

- з захворюваннями нервової системи;
- з аномаліями розвитку зовнішніх статевих органів;
- з іншими важкими захворюваннями;
- зустрічається також функціональна імпотенція, яка обумовлена невротами.

Нездатність до запліднення може бути пов'язана з відсутністю в сім'яній рідині життєздатних здорових статевих клітин (сперматозоїдів).

У жінок статева здатність визначається можливістю до статевих зносин і зачаття.

Нездатність до статевих зносин може бути пов'язана з різними вадами розвитку зовнішніх статевих органів, вагінізм.

Нездатність до зачаття може бути обумовлена віком (згасання функцій), захворюваннями (венеричні хвороби), наслідками колишніх абортів.

Визначення статевої недоторканності

Проводиться в основному для встановлення ознак колишніх статевих зносин.

Визначення статевої недоторканності зазвичай відбувається:

- при розслідуванні справ, пов'язаних з розпусними діями у відношенні малолітніх;
- при спробах зґвалтування;
- у випадках статевої відносин з неповнолітніми.

Основною ознакою статевої недоторканності в осіб жіночої статі є цілісність незайманої дівочої перетинки (невинність). При перших статевих зносинах настає порушення її цілісності (дефлорація).

При огляді визначається ушкодження незайманої дівочої перетинки: почервоніння, припухлість, крововиливи у перші 2-3 дня. До кінця тижня запалення значно зменшується, а ще приблизно через тиждень – визначити давність її порушення практично неможливо.

Доказом колишніх статевих зносин є наявність сперми в піхві (зберігається 3-5 днів), а також достовірна ознака – розвиток вагітності.

Експертиза вагітності, пологів і абортів

Дану експертизу призначають:

- 1) при зґвалтуванні;
- 2) при підозрі на дітовбивство;
- 3) при аліментних позовах;
- 4) при незаконному перериванні вагітності.

При *установленні вагітності* в ранній термін використовують лабораторні дослідження (визначення в сечі гормонів, встановлення в крові специфічних для вагітності ферментів). У більш пізній термін вагітності з'являються достовірні ознаки: серцебиття і рух плоду, визначення частин плоду при

промацуванні і при рентгенівському дослідженні. Встановлення колишньої вагітності і пологів вимагає акушерсько-гінекологічного обстеження. Визначається стан статевих шляхів, виділень з них, а також з молочних залоз. У пізній термін це зробити дуже складно.

При підозрі на *незаконний аборт* (поза лікарнею) проводиться експертиза. Мета такої експертизи: встановити вагітність і факт її переривання і, з'ясування характеру абортів (відбувся самостійно або кримінальний). Існують різні способи переривання вагітності (наприклад, тривалі гарячі ванни, введення в порожнину матки сторонніх предметів, впорскування якоїсь рідини – розчин мила, соди, йоду, прийом великих доз ліків і хімічних речовин. При підозрі на незаконний аборт важливе значення має огляд місця події, в ході якого можуть бути виявлені пристосування для проведення абортів.

Експертиза статевих злочинів

Зґвалтування (ст. 152 КК України)

Під зґвалтуванням розуміють статеві зносини з застосуванням фізичної сили або погрози використання безпомічного стану потерпілої.

При проведенні експертизи потерпілої з'ясовують:

- сам факт колишніх статевих зносин;
- наявність, характер, локалізацію, ступінь ушкодження і можливість їхнього виникнення в конкретній ситуації;
- факт безпомічного стану потерпілої (у стані алкогольного або наркотичного сп'яніння);
- наслідки статевих зносин (факт настання вагітності і т.д.).

На статеві зносини будуть вказувати:

- ушкодження в області статевих органів;

- виявлення сперми в піхві;
- зараження венеричною хворобою;
- вагітність, яка збігається за терміном з моментом зґвалтування;
 - огляд одягу (можуть бути волосся гвалтівника, кров, сперма);
 - ушкодження (садна, синці, укуси і т.д.) на різних ділянках тіла, як результат опору гвалтівнику.

При огляді гвалтівника беруться мазки (відбитки) з статевого члена для лабораторного аналізу (на наявність на них яких-небудь ушкоджень у результаті боротьби з жертвою). Також досліджується одяг, волосся, сперма, слина гвалтівника.

Розпусні дії (ст. 153 КК України)

Як правило вони відбуваються по відношенню до неповнолітніх дівчинок. Найчастіше це відбувається у вигляді оголення і дотику до статевих органів руками, статевим членом. Розпусні дії можуть не залишати яких-небудь ушкоджень, а можуть викликати почервоніння, садна, синці, розриви зовнішніх статевих органів. Іноді помилково за розпусні дії приймаються зміни в області статевих органів, які викликані запальними захворюваннями і т.п.

Контрольні питання

1. Процесуальні положення та організація проведення судово-медичної експертизи визначення стану здоров'я. Методика проведення судово-медичної експертизи стану здоров'я.
2. Визначення понять «симуляція», «диссимуляція» та «агравация». Судово-медична експертиза штучних та уявних хвороб.

Судово-медична експертиза живих осіб. Визначення стану здоров'я та ступеня тяжкості тілесних ушкоджень

3. Судово-медична експертиза навмисного заподіювання шкоди власному здоров'ю (самоушкодження).
4. Експертиза статевої приналежності та статевої зрілості. Здатність до статевих відносин. Визначення статевої недоторканності.
5. Експертиза вагітності, пологів та абортів.
6. Експертиза згвалтування. Експертиза розпусних дій.
7. Ідентифікація особи.
8. Питання, які вирішують при судово-медичній експертизі стану здоров'я.
9. Процесуальні положення та організація експертизи тяжкості тілесних ушкоджень.
10. Методика проведення судово-медичної експертизи тяжкості тілесних ушкоджень.
11. Види ступеня тяжкості тілесних ушкоджень. Ознаки тяжких тілесних ушкоджень. Ушкодження небезпечні для життя.
12. Тяжкі тілесні ушкодження по їх наслідкам.
13. Ушкодження, які призвели до стійкої втрати працездатності.
14. Ушкодження, які призвели до непоправного знівечення обличчя.
15. Ушкодження, які призвели до переривання вагітності, розладу психичного стану, наркоманії та токсикоманії.
16. Ознаки середньої тяжкості тілесних ушкоджень.
17. Ознаки легких тілесних ушкоджень. Побої.
18. Особливі способи завдання ушкоджень (мучення, мордування, катування).
19. Питання, які вирішують при експертизі ступеня тяжкості тілесних ушкоджень.
20. Аналіз висновків судово-медичної експертизи визначення тяжкості тілесних ушкоджень.

Ситуаційні завдання

1. У потерпілого внаслідок травми виник компресійний перелом шийного відділу хребтового стовпа. Тривалість стаціонарного та амбулаторного лікування 36 діб. Вкажіть кваліфікуючу ознаку та ступінь тяжкості тілесного ушкодження у даному випадку.

2. У постраждалого внаслідок травми виник закритий перелом стегнової кістки. Тривалість лікування склала 32 доби. Вкажіть кваліфікуючу ознаку та ступінь тяжкості даного тілесного ушкодження.

3. Внаслідок побиття у потерпілого відмічаються багаточисленні багряно-синюшні синці у ділянці обличчя. Інших ушкоджень не встановлено. Необхідно визначити та обґрунтувати ступінь тяжкості тілесного ушкодження.

Тестові завдання

Виберіть одну правильну відповідь

1. Що не відносять до тяжких тілесних ушкоджень?
 - а) ушкодження, небезпечні для життя в момент їх скоєння;
 - б) ушкодження, які спричинили втрату слуху, зору або втрату будь-якого органу або втрату органом його функцій;
 - с) ушкодження, які спричинили стійку втрату працездатності не менш ніж на 1/3;
 - д) ушкодження, які спричинили стійку втрату працездатності менш ніж на 1/3.

2. Що є ознакою легкого тілесного ушкодження?
 - а) стійка втрата загальної працездатності не менше ніж на одну третину;

Судово-медична експертиза живих осіб. Визначення стану здоров'я та ступеня тяжкості тілесних ушкоджень

- b) стійка втрата загальної працездатності від 10 до 30%;
 - c) стійка втрата загальної працездатності від 5 до 10%;
 - d) тривалий розлад здоров'я більше трьох тижнів.
3. Чим визначається ступінь тяжкості поранення?
- a) зовнішніми розмірами ушкодження;
 - b) глибиною рани;
 - c) характером ушкоджень внутрішніх органів;
 - d) всі відповіді правильні.
4. В чий компетенції знаходиться встановлення факту непоправного знівечення обличчя?
- a) судово-медичного експерта;
 - b) лікаря-косметолога;
 - c) суду;
 - d) слідчого.
5. Що має найбільш важливе значення для встановлення статевої зрілості у осіб жіночої статі?
- a) стан зовнішніх статевих органів;
 - b) розвиток внутрішніх статевих органів;
 - c) вираженість вторинних статевих ознак;
 - d) антропометричні дані.
6. Який метод використовується для встановлення віку?
- a) серологічний;
 - b) стоматологічний.
7. Як найбільш часто кваліфікується перелом одного ребра?
- a) як легке тілесне ушкодження, що спричинило короточасний розлад здоров'я;
 - b) як ушкодження середньої тяжкості, що спричинило тривалий розлад здоров'я;

с) як легке тілесне ушкодження, що спричинило незначну стійку втрату працездатності.

8. Що слід розуміти під втратою слуху?

а) коли потерпілий не чує розмовної мови на відстані 3 - 5 см від вушної раковини;

б) коли потерпілий не чує розмовної мови на відстані 23-25 см від вушної раковини.

9. В якому випадку не проводиться судово-медична експертиза живих осіб?

а) при наявній психічній хвороби;

б) у випадках нанесення тілесних ушкоджень;

с) при статевих злочинах;

д) при визначенні статевих станів;

е) при визначенні стану здоров'я.

10. Що є підставою для проведення судово-медичної експертизи живих осіб?

а) направлення лікувальної установи;

б) постанова слідчого судді;

с) самостійне звернення.

11. Що є ознакою легких тілесних ушкоджень, які не спричинили короткочасного розладу здоров'я або незначну стійку втрату працездатності?

а) втрата працездатності до 10%;

б) втрата працездатності 10-33%;

с) ушкодження, яке тривало менше ніж 6 днів.

12. В якому структурному підрозділі бюро судово-медичної експертизи відбувається експертиза живих осіб?

а) відділ комісійних експертиз;

б) судово-медична лабораторія;

с) відділ експертизи потерпілих, обвинувачених та інших осіб.

13. Як називається перебільшення особою проявів дійсно наявного у неї захворювання?

- a) диссимуляція;
- b) агравація;
- c) симуляція.

14. Оцініть правильність цього твердження: «Диссимуляція являє собою відтворення симптомів неіснуючого захворювання»

- a) правильно;
- b) неправильно.

15. Як називається приховування особою існуючого у неї захворювання

- a) диссимуляція;
- b) агравація;
- c) симуляція.

16. Як називаються дії, які призводять до багаторазового або тривалого заподіяння болю?

- a) катування;
- b) мучення.

17. Яку експертизу призначають для встановлення вагітності?

- a) комплексну;
- b) комісійну.

18. Хто проводить експертизу тяжкості тілесного ушкодження у вигляді переривання вагітності?

- a) судово-медичний експерт;
- b) лікар-гінеколог;
- c) лікар-акушер;
- d) судово-медичний експерт і акушер-гінеколог.

19. Яка стаття Кримінального кодексу передбачає відповідальність за згвалтування?

- a) 144;
- b) 152;
- c) 167.

20. Яка стаття Кримінального кодексу передбачає відповідальність за розбещення неповнолітніх?

- a) 141;
- b) 150;
- c) 156.

ПРИКЛАД СКЛАДАННЯ ЕКСПЕРТНОГО ВИСНОВКУ ПРИ СУДОВО-МЕДИЧНОМУ ДОСЛІДЖЕННІ СТАТЕВОГО СТАНУ

На основі судово-медичної експертизи громадянки А. при огляді виявлені ушкодження у вигляді крововиливів, які розташовані у ділянці передньої поверхні грудної клітки, задньої поверхні нижньої третини лівого плеча, а також садна та крововиливи на внутрішньої поверхні правого стегна. Ці ушкодження виникли від дії тупих твердих предметів. Крововилив на передній поверхні грудної клітки міг виникнути від удару кулаком. Крововиливи на лівому плечі та у ділянці правого стегна могли утворитися внаслідок тиснення пальців рук. Садна у ділянці правого стегна могли утворитися за рахунок дії нігтів рук. Ушкодження з'явилися у межах однієї доби до проведення огляду і відносяться до категорії легких тілесних ушкоджень, які не спричинили короткочасного розладу здоров'я. Цілісність дівочої перетинки у громадянки А. порушена, про що свідчить наявність двох свіжих розривів, давність яких не перевищує одну добу. При судово-біологічному дослідженні мазків з піхви були виявлені сперматозоїди, які містять антигени АВ.

Виявлені на тілі ушкодження могли виникнути при здійсненні статевого акту з використанням фізичної сили.

ПРИКЛАД СКЛАДАННЯ ЕКСПЕРТНОГО ВИСНОВКУ ПРИ ВИЗНАЧЕННІ СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ ТІЛЕСНИХ УШКОДЖЕНЬ

На основі даних судово-медичної експертизи здоров'я з визначення об'єма стійкої втрати працездатності у громадянина С., 40 років, мало місце ушкодження - різана рана правої кисті з ушкодженням сухожилка м'язу-згинача великого пальця. Це ушкодження могло бути нанесено якимось гострим предметом, у якого є ріжучий край, наприклад, ніж і т.п. Вказане ушкодження спричинило порушення функції великого пальця кисті, яке призвело до значної стійкої втрати загальної працездатності менш ніж на 1/3, але більш ніж на 10% і тому кваліфікується як ушкодження середнього ступеня тяжкості.

Рекомендована література

Базова

1. Білецька Г.А. Судова медицина та судова психіатрія : підручник. Харків : Право, 2018. 375 с.
2. Бойко С.О. Судово-медична експертиза визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень: навч. посіб. Ужгород : СМП «Інвазор», 2003. 225 с.
3. Судова медицина (у схемах, таблицях і малюнках) : навч. посіб. / Лісовий А.С. та ін. ; за заг. ред. К.А. Лісового, П.Л. Голубовича. Київ : Атіка, 2007. 412 с.
4. Судова медицина та психіатрія : навч. посіб. / Кікінчук В. В. та ін. Харків : ХНУВС, 2019. 184 с.
5. Судова медицина. Підручник / Михайличенко Б.В. та ін. ; за ред. Б.В. Михайличенка. Київ : ВСВ „Медицина”, 2018. 447 с.
6. Тагаев Н.Н. Судебная медицина : учебник. 2-е изд., перераб. и доп. Харьков : Фактор, 2012. 1296 с.

Допоміжна

1. Куприянова Л.С. Судова медицина : навч. посіб.

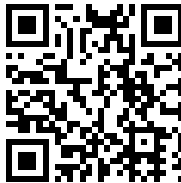
Недоступ М. Ф. Судова медицина та психіатрія :
навчально-методичний посібник

Харків : ХНУВС, 2013. 147 с.

2. Марчук А.І. Судова медицина. Тестові завдання :
навч. посіб. Київ : НАВСУ : Правові джерела, 1999. 128 с.

3. Пиголкин Ю.И. Судебная медицина : национальное
руководство. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. 576 с.

Навчальний відеофільм



СУДОВО-МЕДИЧНА ЕКСПЕРТИЗА РЕЧОВИХ ДОКАЗІВ. ОГЛЯД ТРУПА НА МІСЦІ ПРИГОДИ (ВИЯВЛЕННЯ)

МЕТА: засвоїти особливості проведення судово-медичної експертизи речових доказів, знати основні етапи огляду місця події та трупа; навчити правилам призначення судово-медичної експертизи речових доказів та трупів.

Основні поняття: речовий доказ, об'єкти біологічного походження, видова та групова приналежність, місце пригоди, первинний огляд, статичний та динамічний етапи огляду.

За результатами вивчення теми здобувач вищої освіти повинен:

знати:

- процесуальні основи судово-медичної експертизи речових доказів. порядок та методику дослідження речових доказів;
- судово-медичну експертизу крові, волосся, сім'яних та потожирових плям, менструальної рідини, молозива, слини та інших біологічних виділень;
- медико-криміналістичні методи дослідження речових доказів;
- судово-медичну експертизу за матеріалами справи.
- питання, які вирішують при експертизі речових доказів;
- процесуальні та організаційні основи огляду трупа на місці пригоди (виявлення);
- методику зовнішнього огляду трупа. основні етапи зовнішнього огляду трупа;

– питання, на які експерт може відповісти після зовнішнього огляду трупа;

уміти:

– виявляти на місці пригоди речові докази біологічного походження;

– аналізувати висновки судово-медичної експертизи речових доказів біологічного походження;

– аналізувати висновки судово-медичної експертизи за матеріалами справи;

– здійснювати зовнішній огляд трупа на місці пригоди (виявлення);

– аналізувати судово-медичні висновки огляду місця пригоди та трупа.

Методичні рекомендації для підготовки до теми заняття

Спочатку необхідно вивчити процесуальні основи судово-медичної експертизи речових доказів. Напочатку визначають поняття «речові докази» та з'ясовують які з них відносяться до речових доказів біологічного походження.

Потім вивчають порядок і методику дослідження речових доказів, а також перелік документів, які надсилають на судово-медичну експертизу (супровідне відношення, постановою про призначення експертизи, перелік, спрямованих на дослідження предметів, перелік питань, які потребують відповіді судово-медичного експерта).

Починають з розгляду судово-медичного дослідження крові: вивчають значення слідів крові як речових доказів; методи взяття крові; класифікацію кров'яних слідів за формою і механізмом утворення; сучасні методи встановлення наявності крові (попередні і доказові); визначають видову, групу і статеву приналежність крові; сучасні відомості про си-

Судово-медична експертиза речових доказів. Огляд трупа на місці пригоди (виявлення)

стему крові; дослідження крові для вирішення питання спірного батьківства, походження крові від немовляти, вагітної жінки тощо.

Далі послідовно розглядають судово-медичну експертизу волосся, сім'яних та потожирових плям, менструальної рідини, молозива, слини та інших біологічних виділень.

Також вивчають медико-криміналістичні методи дослідження речових доказів біологічного походження (цитологічний, рентгенологічний, ультрафіолетове та інфрачервоне випромінювання, люмінесцентний та спектральний аналіз і т.д.).

Крім того, з'ясовують питання, які вирішує судово-медичний експерт при експертизі речових доказів біологічного походження.

На закінчення розглядають процесуальні та організаційні основи проведення судово-медичної експертизи за матеріалами справи. Вивчають приводи призначення такої експертизи (у випадках, коли неможливо обстежити живу особу) та перелік медичних документів, які підлягають експертному дослідженню (протокол огляду трупа, судово-медичний висновок розтину трупа, висновок судово-медичної експертизи живої особи, висновок дослідження речових доказів біологічного походження, історія хвороби, амбулаторна карта).

Необхідно розглянути правові положення та документи, які безпосередньо регламентують огляду трупа на місці виявлення ("Правила лікаря-фахівця в області судової медицини при зовнішньому огляді трупа на місці його виявлення"). Детально з'ясовують склад учасників місця пригоди (слідчий, експерт-криміналіст, судово-медичний експерт, поняті та ін.), особливу увагу звертають на завдання судово-медичного експерта при огляді трупа на місці пригоди (встановлення факту смерті, опис ушкоджень, надання допомоги слідчому в знаходженні та вилученні речових доказів біологічного походження, консультування слідчого по спеціальним питанням медичного характеру та ін.).

Далі вивчають порядок огляду місця пригоди. Його починають з ознайомлення обставин пригоди, опитування свідків, з'ясування особи потерпілого, встановлення орієнтовного часу настання смерті та оцінки загального стану потерпілого перед смертю і т.д. Звертають увагу на напрямок проведення огляду місця пригоди (від центру події до периферії або від периферії до центру). Також вивчають стадії (фази) огляду місця пригоди (статичну та динамічну).

Приступаючи до огляду трупа на місці пригоди (виявлення), насамперед, необхідно пересвідчитись у настанні смерті потерпілого, про що свідчить наявність абсолютних ознак смерті (трупні плями, трупне охолодження, висихання та залякання м'язів та ін.). Далі з'ясовують місце настання смерті та, не змінюючи пози трупа, здійснюють опис його положення по відношенню до оточуючих предметів. Особливу увагу звертають на наявність слідів боротьби.

Потім необхідно розглянути етапи проведення зовнішнього огляду трупа. Обов'язково досліджують ступінь вираженості трупних ознак. Детально описують виявлені ушкодження, які можуть сприяти визначенню механізму травми. Особливу увагу звертають на виявлення, фіксацію та взяття речових доказів з місця пригоди. Крім того, досліджують одягу трупа (верхню та нижню) на наявність дії травмуючих предметів.

Також необхідно з'ясувати питання, на які експерт може надати відповідь після зовнішнього огляду трупа на місці його виявлення.

Конспект навчального матеріалу

Важливим джерелом доказів при розслідуванні кримінальних справ, є речові докази. Відповідно до Кримінального процесуального кодексу України (ст. 98) речові докази це предмети, які служили знаряддями злочину або зберегли на собі сліди злочину, а також предмети, які служать засобом до виявлення злочинця.

Судово-медична експертиза речових доказів. Огляд трупа на місці пригоди (виявлення)

Об'єктом судово-медичної експертизи є речові докази тільки біологічного походження (кров, сеча, слина, волосся, виділення з носа, статевих шляхів, різні органи і тканини людського тіла).

Однак назвати дані біологічні об'єкти речовими доказами можна тільки після їхнього процесуального оформлення.

Роль судово-медичного експерта при огляді місця події полягає в наданні допомоги слідчому у виявленні об'єктів біологічного походження, а також у правильному фіксуванні, взятті і спрямуванні їх на судово-медичну експертизу.

Судово-медична експертиза речових доказів біологічного походження здійснюється в судово-гістологічному відділенні Бюро судово-медичної експертизи.

Порядок і способи збирання та зберігання речових доказів регламентовані Кримінальним процесуальним кодексом України (стт. 93, 100 КПК України). Збирання речових доказів детально реєструється в протоколі огляду місця події, вказується мета вилучення речових доказів, які доповнюються фотографуванням. Збирають речові докази в присутності понятих. Упаковуються і опечатуються речові докази особою, яка керує розслідуванням (слідчим).

Перелік документів, які надсилають на судово-медичну експертизу речових доказів:

- супровідне відношення (кому, для якої мети, що направляється);
- постанова про призначення експертизи, де викладаються обставини справи;
- перелік питань, які потребують відповіді;
- перелік спрямованих на дослідження предметів, із зазначенням приналежності;
- показання свідків, обвинувачуваних, потерпілих щодо речових доказів (слідів на них).

Судово-медична експертиза речових доказів проводиться відповідно до «Правил судово-медичної експертизи речових доказів».

Спочатку експерт вивчає супровідні документи. Перевіряє цілісність упакувань речових доказів. У присутності двох співробітників лабораторії розкриває посилку і звіряє наявність надісланих речових доказів з переліком їх у постанові слідчого або суду. Далі власне проводиться експертиза речових доказів. При цьому експерт вправі запросити додаткові зразки біологічних об'єктів (волосся, кров і т.д.). Після проведення експертизи експерт оформляє «Висновок експерта», упаковує речові докази і відправляє їх слідчому.

Значення слідів крові як речових доказів

Виявлення слідів крові

1. Виявлення слідів крові на місці події:

- внаслідок приховання слідів злочину (замивання плям крові) ретельно оглядають приховані місця – щілини на підлозі, під плінтусами і т.д.
- ретельний огляд побутових предметів (цебро, таз, раковина, унітаз, ванна, ручки дверей, шафи, столу, водопровідних кранів).
- на відкритій місцевості оглядають ґрунт, траву, листя та ін.
- при транспортних аваріях оглядають колеса, протектори, частини автомашини, які виступають (фари, бампер, крила та ін.).

2. Огляд одягу:

Оглядають не тільки зовнішню сторону одягу, але і внутрішню поверхню (при згвалтуванні – нижню білизну). Особливо ретельно оглядають рукава, кишені, шви на одязі, поглиблення і тріщини на взутті.

3. Огляд знарядь злочину:

Судово-медична експертиза речових доказів.
Огляд трупа на місці пригоди (виявлення)

Оглядають поверхню знярядь злочину, місця з'єднання частин цих предметів (клинки ножа з рукояткою).

Способи виявлення крові:

1. Візуально (на сонячних променях або при яскравому штучному висвітленні).
2. За допомогою лупи.
3. Під дією ультрафіолетових променів (кварцові лампи) спостерігається флюоресцирування плям крові. Якщо додати 1-2 краплі сірчаної кислоти, то краплі крові здобувають помаранчово-червоний колір (для посилення – додають 3% розчин перекису водню).
4. Проба з бензидином у присутності перекису водню при наявності крові утворюється синій колір (заснований на ферментній активності).
5. Реакція з люміналом – якщо присутня кров, то це викликає блакитне світіння в темряві.
6. Фотографування.

Форма слідів крові в залежності від механізму утворення:

1. *Плями від крапель крові* утворюються при падінні крапель крові з висоти перпендикулярно на горизонтальну поверхню.
2. *Плями від бризок* виникають при падінні їх на поверхню під гострим кутом. Утворюються при артеріальній кровотечі в момент виникнення поранень. Плями розташовуються у формі прямої смуги, віяла, дуги, конуса.
3. *Патьоки* утворюються у випадках потрапляння струменя крові на похилу поверхню. По їхньому напрямку визначають положення потерпілого.
4. *Калюжі крові* – свідчення рясної кровотечі (при цьому визначається кількість крові, яка вилася).



5. *Відбитки* крові утворюються від закривавлених рук, ніг, знарядь злочину.



6. *Помарки (мазки)* спостерігаються при витиранні забруднених кров'ю рук, знарядь злочинів або ін.

Способи взяття крові:

1. На експертизу можуть направлятися об'єкти навіть без видимих слідів крові.
2. Якщо предмет, на якому передбачається кров невеликий, то на експертизу направляється весь предмет.
3. Якщо предмет великий, то направляють (якщо це можливо) тільки частину цього предмета.
4. З коштовних предметів роблять зіскрібок.
5. Кров на землі, піску вилучають разом із ґрунтом.
6. Якщо кров розташовується на вологих предметах, то такі предмети висушують, щоб кров не загнивала.

Судово-медична експертиза речових доказів.
Огляд трупа на місці пригоди (виявлення)

Взяття крові в постраждалих і обвинувачуваних здійснюється на підставі постанови слідчого. Оформляється протокол, у якому вказується хто призначив взяття крові, де проводилося взяття крові, ким, коли, у кого, у якій кількості і яким способом. Підписують протокол у двох екземплярах слідчий, експерт, який взяв кров, співробітники лабораторії і особа, у якої вона бралася. Один екземпляр передається слідчому, а інший направляється з аналізом крові в лабораторію.

Кров беруть з пальця або з вени (4-5 мл). Упаковує і направляє на експертизу предмети, які мають плями крові, слідчий. Не можна разом направляти в одній упаковці речі зі слідами крові і речові докази. Коробки з предметами на експертизу скріплюють сургучевою печаткою.

По досліджуваних плямах крові можна встановити:

- виду приналежності крові (тобто це кров людини або тварини – кінь, корова, собака, свиня);
- групову приналежність;
- давність утворення кров'яної плями;
- регіональне походження плям крові, яке засновано на виявленні домішок, властивих даному органу (слиз, епітеліальні клітини);
- статеву приналежність плям крові;
- приналежність крові до дорослої людини або плоду;
- вагітність і факт колишніх пологів (аборту) по плямах крові;
- кількість крові, яка утворила плями;
- походження крові – від живої особи або трупа.

Питання, які необхідно вирішувати при експертизі крові:

1. Чи є на досліджуваному об'єкті кров?
2. Належить кров людині або тварині (якій тварині)?
3. Чи належить кров підозрюваній людині або потерпілому?

4. Чоловіку або жінці належить кров?
5. Належить кров дитині або дорослій людині?
6. З якої області стався крововилив?
7. Яка давність утворення плям крові?
8. Кількість крові, яка утворила плями на даному предметі?
9. Чи належить дана кров вагітній жінці або це породільна кров?
10. Чи може бути це менструальна кров?
11. Кров це живої або мертвої людини?
12. Який механізм утворення плям крові?

Встановлення наявності сперми

Використовують антиспермальну сироватку – антигени крові майже завжди збігаються з антигенами сперми (виключення складає 1 випадок на 100 000 чоловік).

Встановлення наявності слини

Місця виявлення: із залишками їжі, на посуді, цигарках, конвертах, марках і т.д.

Способи виявлення: реакція слини з розчином йоду дає синє фарбування.

Встановлення наявності сечі

- визначають по хімічному складу (по органічних і неорганічних елементах);
- плями сечі флюоресцирують синьо-блакитним світлом при ультрафіолетовому випромінюванні;
- хроматографічний спосіб та ін.

Встановлення наявності поту

Способи виявлення:

- ультрафіолетове випромінювання;
- визначення амінокислоти серіна.

Судово-медична експертиза речових доказів.
Огляд трупа на місці пригоди (виявлення)

Встановлення наявності піхових виділень

Піхові виділення це слиз маткових труб, матки, піхви, бартолінових залоз.

Способи визначення: по ферменту лактатдегідрогіназі.

Судово-медична експертиза волосся

Виявлення: при вбивстві, згвалтуванні волосся можуть бути в руках потерпілого, на одязі, знаряддях злочину і на місці злочину.

Виявлення на місці події: візуально і за допомогою лупи.

Взяття волосся: поміщають у поліетиленовий пакет або паперовий конверт і ретельно запечатують.

Стан і форма волосся під дією різних факторів

Грубе тертя одягу шліфує волосся, в наслідок цього вони стають напівкулястої форми; стрижені волосся; волосся, що випали; вирвані волосся; зазубреність волосся (дія гострих предметів); роздавлене волосся (при дії тупих предметів); дія високої температури (волосся скручуються, рудіють; при вогнепальних пораненнях – вид волосся як при дії тупих предметів і дії високої температури (відкладення кіптяви не змивається).

У «Висновку експерта» вказується не тотожність, а подібність виявлених ушкоджень.

СУДОВО-МЕДИЧНА ЕКСПЕРТИЗА ЗА МАТЕРІАЛАМИ
СПРАВИ

Об'єктами судово-медичної експертизи, крім живих людей, трупів і речових доказів, можуть бути *матеріали справи*.

Судово-медичну експертизу за матеріалами справи проводять у тих випадках, коли важко (або неможливо) обстежити живу людину (ховається, виїхала за кордон і т.д.), а також труп або речові докази. У цьому випадку висновок виносять на основі судово-слідчої справи.

Судово-медична експертиза за матеріалами справи може бути первинною, додатковою, повторною, комісійною і комплексною.

При проведенні судово-медичної експертизи досліджують в першу чергу медичні документи (протокол огляду трупа, висновок судово-медичного експерта розтину трупа, висновок експерта з огляду живої особи, висновок по дослідженню речових доказів, історія хвороби, амбулаторна карта), а також протокол допитів обвинувачуваних, потерпілих, свідків.

На підставі судово-медичної експертизи складають «Висновок експерта» за матеріалами справи.

ОГЛЯД ТРУПА НА МІСЦІ ЙОГО ВИЯВЛЕННЯ (ПОДІЇ)

Огляд трупа на місці його виявлення регламентовано Кримінальним процесуальним кодексом України (ст. 192). Детальний огляд визначається «Правилами лікаря-фахівця в області судової медицини при зовнішньому огляді трупа на місці його виявлення».

До складу учасників огляду трупа на місці його виявлення входять слідчий, експерт-криміналіст, судово-медичний експерт, поняті.

Методика огляду трупа

На відкритій місцевості огляд трупа здійснюється від центра до периферії, а в приміщенні – від периферії до центра.

Фази огляду:

1. Статична фаза – фіксується положення трупа і предметів, які легко зміщуються, стосовно нерухомих предметів у своєму первісному положенні.

2. Динамічна фаза – огляд супроводжується переміщенням предметів, які оточують труп (усі переміщення фіксуються в протоколі).

Судово-медична експертиза речових доказів.
Огляд трупа на місці пригоди (виявлення)

Методи огляду місця події і трупа:

1. Відеозйомка.
2. Фотографування.
3. Складання схеми місця події і трупа з позначенням ушкоджень, предметів, речових доказів.

*Обов'язки судово-медичного експерта
на місці огляду трупа:*

1. Встановлення факту настання смерті.
2. Визначення давності настання смерті.
3. Визначення характеру і механізму ушкодження.
4. Надання допомоги у виявленні і вилученні речових доказів.
5. Консультація слідчого по спеціальних медичних питаннях (визначення обсягу лабораторних досліджень і кількості взяття матеріалу для дослідження).

Ознаки настання смерті:

1. Відносні (недостовірні): відсутність дихання, серцебиття, пульсу, зіничного і рогівкового рефлексів.
2. Достовірні: ранні - трупні плями, охолодження тіла до 23°C, м'язове залякання, трупне висихання, аутоліз; пізні: гниття; трупна фауна, муміфікація; жировіск; торф'яне дублення.

Основні етапи зовнішнього огляду трупа:

1. Загальний огляд трупа:
 - встановлюють стать, вік, статуру, стан шкіри;
 - положення трупа й окремих частин тіла стосовно нерухомих предметів;
 - досліджують рельєф ґрунту або поверхню, на якій розташований труп;
 - вивчають навколишні предмети, які знаходяться на трупі.
2. Опис одягу і наявних на ньому ушкоджень.

3. Огляд і опис наявних трупних явищ (трупні плями: колір, положення, зміна кольору), трупне залякання, висихання і т.д.

4. Огляд і послідовний опис окремих частин трупа (починаючи зверху вниз – голова, тулуб і закінчують кінцівками), а також ушкоджень, які знаходяться на них.

Особливості огляду місця події і трупа на місці його виявлення при різних видах смерті.

При отруєнні або підозрі на отруєння

звертають увагу на велику кількість лікарських препаратів, отруйних речовин у фірмових або саморобних упаковках, залишки харчових продуктів (гриби, консерви), наявність блювотних мас. При огляді трупа звертають увагу на колір шкіри (наприклад, рожеві плями при отруєнні чадним газом і т.д.).

При повішенні

детально описують місце, де знаходиться труп, а також предмети, які пов'язані з пригодою, кров, біологічні виділення, сліди перенесення, волочіння трупа. При описі трупа звертають увагу на його положення серед предметів, позу, вивчають петлю, одяг, тобто проводять повний зовнішній огляд. Особливу увагу звертають на розташування трупних плям.

При здавленні шиї (рота і носа) руками

звертають увагу на наявність півмісяцевих дугоподібних саден, округлої або лінійної форми синців.

При утопленні

З'ясовують у якій рідині відбулося утоплення, на якій глибині, при повному зануренні або частковому, плаває труп або ні. При огляді одягу звертають увагу на наявність на ній каменів, піску, цеглин, що сприяють швидкому зану-

Судово-медична експертиза речових доказів. Огляд трупа на місці пригоди (виявлення)

ренню. При огляді тіла відзначають наявність дрібнопухирчастої піни навколо рота, блідість шкіри («гусяча шкіра»), рожеві трупні плями, явища мацерації, «рукавички і носки смерті».

Здавлення грудної клітки і живота

На початку оглядають предмети, які здавили тіло. Якщо це сипучі речовини (земля, пісок, цемент, зерно) з'ясовують їхню кількість, ступінь щільності, на який рівень було засипане тіло. Також досліджують ступінь невідповідності появи трупних плям моменту здавлення. При огляді трупа звертають увагу на краплинні крововиливи на шкірі обличчя і верхньої частини тулуба («екхімотична маска»).

Ушкодження тупими і гострими предметами

обумовлюють пошук тупих і гострих предметів і наявність на них слідів крові, відбитків пальців на даних предметах. Крім того, детально описують наявну кровотечу (розташування плям крові на предметах, одязі, тілі).

Ушкодження транспортом

При ушкодженні *автомобільним транспортом* досліджують деформації й ушкодження корпусу автомашини (вм'ятини, подряпини) на предмет наявності на них слідів крові і інших речових доказів біологічного походження. У протоколі фіксують місце розташування трупа, сліди на одязі від протектора автомобільного колеса (уточнюють чим він утворений – сніг, бруд, пісок). Оглядають взуття потерпілого на предмет наявності тертя об дорожнє покриття. При огляді трупа з'ясовують наявність специфічних (відбитки частин автомашини) і характерних (бампер-перелом, хлистоподібний перелом і ін.) ознак автомобільної травми.

При ушкодженнях *залізничним транспортом* встановлюють розташування трупа стосовно рейок, з'ясовують наявність специфічних (відбитки на тілі частин залізничного

транспорту, сліди мазуту на одязі і тілі) і характерних (розчленовування, смуги осаднення і т.д.) ознак ушкодження.

Вогнепальні ушкодження

Важливе значення тут належить виявленню зброї, а також куль (пижів, гільз), пробоїн на предметах, місце їхнього розташування. Досліджують локалізацію, характер (дефект, розриви) вогнепальної рани, кількість поранень, їхню форму, краї. З'ясовують додаткові фактори пострілу.

Дія високої і низької температури

Звертають увагу на позу потерпілого: при замерзанні – поза «калачиком», а при пожежах – поза «боксера».

Питання, на які експерт повинен дати відповіді після огляду трупа:

1. Приблизна давність настання смерті?
2. Чи є ознаки зміни положення трупа після настання смерті?
3. Чи є ушкодження і яким знаряддям вони могли бути заподіяні?
4. Чи є місце виявлення трупа місцем нанесення ушкоджень?
5. Можлива причина смерті?
6. Чи є на трупі сліди, схожі на виділення людського організму?

Дослідження ексгумованих трупів

Ексгумація – витягнення трупа з землі з метою уточнення або встановлення причини смерті.

Приводи для ексгумації:

1. Випадковий привід – непередбачене виявлення поховання трупа.

Судово-медична експертиза речових доказів.
Огляд трупа на місці пригоди (виявлення)

2. Злочинний привід – з метою мародерства, з метою наруги над трупом, з хуліганських спонукань, з метою викupu, а також помсти.

3. Офіційний (правомірний) привід – із судово-медичною метою (при підозрі на насильницьку смерть – іноді вдається знайти хімічні речовини - окис вуглецю, алкалоїди, миш'як і ін.), з науково-історичною метою (поза зв'язку із кримінально-слідчим розслідуванням), у зв'язку з перепохованням трупа або переносом цвинтаря.

Дослідження скелетованих трупів

Дослідження скелетованих трупів виконують в основному по кістках: встановлюють видову, статеву, расову приналежність, наявні ушкодження, давність перебування в землі.

Дослідження розчленованих трупів

При дослідженні розчленованих трупів встановлюють:

1. Прижиттєве або посмертне розчленовування?
2. Результатом чого з'явилося розчленовування?
3. Видова приналежність розчленованих частин тіла?
4. Стать, вік, зріст, індивідуальні особливості людини?
5. Причина і давність смерті?

Судово-медична експертиза трупів немовляти

Приводом до судово-медичного дослідження трупа немовляти є підозра на насильницьку смерть. Це буває при виявленні трупа невідомого немовляти або при заяві про те, що в жінки, яка недавно народила, вмерла дитина.

Розрізняють:

1. Винищування плоду, який знаходиться в утробі матері.
2. Вбивство народженої дитини.

Початковим періодом життя дитини (плоду) вважається момент фізіологічних пологів, за умови, що дитина народжується живою.

Дітовбивство

Розрізняють:

- активне дітовбивство (немовляті заподіюються які-небудь ушкодження);
- пасивне дітовбивство (залишення немовляти без необхідного догляду).

Питання, які вирішує судово-медичний експерт у процесі дослідження трупа немовляти:

1. Чи є дитина немовлям?
2. Чи є дитина доношеною?
3. Чи є дитина зрілою?
4. Тривалість внутрішньоутробного життя?
5. Чи є дитина життєздатною?
6. Чи народилася дитина живою або мертвою?
7. Тривалість позаутробного життя дитини?
8. Чи був за немовлям належний догляд?
9. Яка причина смерті немовляти?

Встановлення новонародженості

Розрізняють зовнішні і внутрішні ознаки новонародженості.

До зовнішніх ознак відносять наявність пуповини (соковитої, вологої, драглистої консистенції, яка підсихаючи робиться сухою, млявою, зморшкуватою, буро-жовтого, а потім буро-чорного кольору, до кінця 6-7 дня після пологів відбувається відділення пуповини), сироподібне змащення (сірувато-білого кольору маса, що є продуктом діяльності сальних залоз, які починають функціонувати з 5-го місяця внутрішньоутробного життя), слідів крові на шкірі з родових шляхів матері (при відсутності ушкоджень тіла немовляти), червоноуватого кольору шкіри немовляти, що до 3 дня змінюється на жовтяничний колір.

До внутрішніх ознак відносять родову пухлину (серозно-кров'янисте просочування м'яких тканин немовляти внаслідок

Судово-медична експертиза речових доказів.
Огляд трупа на місці пригоди (виявлення)

док місцевих розладів кровообігу, розташовується на передлежачих частинах тіла плоду, розсмоктується до кінця 1-2 доби), меконій (первородний кал, темно-зеленого кольору у вигляді мазеподібної маси, що розташовується в товстому кишечнику).

Встановлення доношеності

Нормальна вагітність продовжується приблизно 280 днів і закінчуються фізіологічними пологам доношеним плодом. Доношеним вважається дитина, яка народилася після 38-40 тижня вагітності. Доношеність встановлюють на трупі по довжині плоду (за 10 акушерських місяців плід досягає довжини 50 см), а також по появі ядер окостеніння в кістках плоду в другій половині 10-го місяця вагітності.

Встановлення зрілості плоду і тривалості внутрішньоутробного життя

Зрілість плоду – це ступінь фізичного розвитку, що забезпечує готовність органів і систем до позаутробного існування.

Зрілість плоду визначається комплексом ознак: довжиною і масою тіла, розмірами голівки плоду, станом шкіри, волосся, нігтів, зовнішніх статевих органів, пуповини, плаценти, наявності ядер окостеніння.

Доношений плід, як правило, зрілий. Якщо з'ясовують, що дитина недоношена і незріла, то необхідно встановити його внутрішньоутробний вік. Користуються наступною формулою: якщо довжина плоду більше 25 см, то її поділяють на 5, а якщо ж довжина плоду менше 25 см, то розраховують квадратний корінь. Результат і буде показувати внутрішньоутробний вік плоду в акушерських місяцях. Можливе визначення внутрішньоутробного віку плоду також за довжиною пуповини і масою плаценти.

Судово-медична експертиза трупа невідомої особи

При судово-медичному розтині трупа невідомої особи експерт, крім вирішення звичайних питань, вирішує ще такі питання:

- про індивідуальні ознаки загиблого (для цього роблять пізнавальну фотографію);
- особливості особи описуються за методом словесного портрета;
- при гнитті трупа здійснюють реставрацію обличчя.

На кожен непізнаний труп складається спеціальна карта, в якій вказується:

- час виявлення трупа;
- час смерті;
- детальний опис одягу і зовнішності;
- перелік речей, виявлених при трупі.

До карти додається фотографія обличчя померлого. Також на карті робляться дактилоскопічні відбитки всіх десяти пальців рук. При зовнішньому огляді трупа звертають увагу на виявлення індивідуальних особливостей тіла (родимних плям, татуювань, вад розвитку і т.д.). Такі особливості також описуються і фотографуються.

Ідентифікація особистості

Ідентифікація особистості встановлюється на підставі:

- анатомічних і функціональних ознак;
- дактилоскопічних відбитків;
- особливостей одягу;
- медичних документів;
- фотознімків;
- фоторобота.

Контрольні питання

1. Процесуальні основи судово-медичної експертизи речових доказів, їх значення в розкритті злочину.
2. Питання, які вирішують при експертизі речових доказів.
3. Порядок та методика судово-медичного дослідження речових доказів.
4. Судово-медична експертиза крові, волосся, сім'яних плям, потожирових плям, слини, молозива, менструальної рідини та інших біологічних виділень.
5. Зміст та аналіз висновків судово-медичної експертизи речових доказів.
6. Судово-медична експертиза за матеріалами справи.
7. Процесуальні і організаційні основи огляду трупа. Документи, які регламентують проведення огляду трупа на місці пригоди (виявлення).
8. Функції судово-медичного експерта при огляді трупа на місці пригоди.
9. Основні етапи зовнішнього огляду трупа. Методика огляду трупа, її фази.
10. Питання, на які експерт може дати відповідь після огляду трупа.

Ситуаційні завдання

1. Зі слів підозрюваного К., ввечері він разом із дружиною знаходився в гостях у свого приятеля Б. до пізнього вечора. Багато випивали, потім почали сваритися, вступили в бійку. Дружина повела К. додому. Ранком наступного дня К. зайшов на квартиру до приятеля Б., нібито вибачитися, і знайшов Б., який повісився на білизняній мотузці, кінець якої прикріплений до гака від люстри. Передсмертна записка не виявлена. Підозрюваний свідчить, що гр. Б. протягом остан-

ніх двох місяців через розрив із дружиною знаходився в депресивному стані, зловживав спиртними напоями, що і могло спричинити суїцид. З висновків судово-медичного експерта: "...Трупні плями синюшно-багряного кольору, розташовані в області задньої поверхні шиї, спині, кінцівок, які зникають при натисненні, відновлюють свій первісний колір через 4 хв. В області лопаток, сідниць шкіра бліда. Трупне заляккання виражене в м'язах обличчя, рук, тулуба. На шиї – горизонтальна, рівномірно виражена странгуляційна борозна, розташована на рівні щитоподібного хряща. Також відмічається перелом хрящів гортані з крововиливом у навколишні м'які тканини. Множинні садна, синці на тілі. Наявність у крові і сечі трупа Б. відповідно 2,8 і 1,3 г/л етилового спирту". Які висновки може зробити слідчий при огляді місця події і даних судово-медичної експертизи? Чому громадянин К. підозрюється у скоєнні злочину?

2. Одного ранкового дня в басейні двоповерхового особняка був виявлений труп жінки М., 37 років. Зі слів свідка К.: "...громадянка Н. була його співмешканкою. Ранком того ж дня вона приїхала до нього, була веселою, задоволеною, разом з ним вживала спиртні напої, танцювали. Після цього жінка пішла «освіжитися» у басейн, а свідок нібито вийшов у двір вигуляти собаку і був відсутній біля однієї години. Повернувшись, К. знайшов Н. мертвою, яка лежала на дні басейну. К. негайно викликав бригаду швидкої допомоги, а також поліцію". Сусіди підтвердили, що дійсно в зазначену година бачили К. у гаю, який вигулював собаку. На дворі будинку виявлено автомобіль загиблої. З висновків судово-медичного експерта: "...Навколо отворів рота і носа загиблої знаходиться дрібнопухирчаста піна, у вушних раковинах знаходиться незначна кількість піску, початкові ознаки мацерації шкіри кистей і стоп, у порожнинах серця і судин знаходиться рідка кров, спостерігається емфізема легень з розривами міжальвеолярних перегородок. Трупні плями яскраво-рожеві, при натисканні на них відновлюють свій колір через 2

Судово-медична експертиза речових доказів.
Огляд трупа на місці пригоди (виявлення)

хв., що свідчить про те, що з моменту смерті пройшло приблизно 5-6 годин.” Судово-медичний експерт також відмітив той факт, що година настання смерті жінки перевищує передбачуване на 3,5 – 4 години, і ще викликало підозру – наявність піску у вухах та планктону у внутрішніх органах. Наявність у крові і сечі відповідно 1,2 г/л і 0,8 г/л етилового спирту свідчать про те, що перед смертю загинула Н. приймала спиртні напої і знаходилася в стані легкого ступеня алкогольного сп'яніння. У матці загинулої жінки виявлено плід довжиною 5-6 см, що відповідає терміну вагітності 2,5 – 3 мес. Який висновок може зробити слідчий на підставі даних про огляд місця пригоди і судово-медичного дослідження ?

3. У гаражі одного з приватних будинків зафіксована смерть чоловіка 43 років. Зі слів дружини, яка викликала поліцію, ранком її чоловік пішов у гараж ремонтувати автомобіль, однак у призначений час додому не повернувся. Дружина не додала цьому значення, тому що чоловік часто «цілими днями не виходив з гаража, тривалий час ремонтував машину». Коли ж і до вечора чоловік не повернувся, жінка разом із сином пішли в гараж і знайшли його мертвим, він лежав на передньому сидінні автомобіля. При огляді: одяг у порядку, будь-яких ушкоджень на трупі не виявлено. Двигун і опалювальна система включені. На сусідньому сидінні – пляшка горілки, наповнена до половини, поруч на газеті – залишки їжі. Під ногами чоловіка знайдено порожню склянку, яка можливо випала з руки. Зі слів сусідів, у загинулого в минулому були неприязні відносини з дружиною. У родині виникали сварки, бійки, жінка часто загрожувала чоловіку, що «вб'є його», що він «розплатиться за всі її страждання» і т.п. З висновків судово-медичного експерта: “...трупні плями, шкіра і слизові оболонки яскраво-рожевого кольору. При спектральному і хімічному дослідженні крові виявлено 60% карбоксигемоглобіна. Концентрація етилового спирту в крові – 1,8 г/л, у сечі – 1,2 г/л”. Який висновок може зробити слідчий на підставі даних огляду місця події та судово-медичних досліджень?

4. В березні місяці в одному з обласних міст у сміттєзбиральнику житлового кварталу виявлено труп новонародженої дівчинки. У процесі слідства з'ясувалося, що знайдена дитина належить 16-літній особі С., яка мешкає в даному районі в однокімнатній квартирі з матір'ю. Було встановлено, що підекспертна С. незаміжня, на обліку в жіночій консультації з приводу вагітності, не перебуває. Зі слів підозрюваної: «...дитина народилася мертвою, на 1,5-2 місяця раніш терміну, ми з мамою навіть не встигли викликати швидку допомогу – телефону в нас нема, а сусіди, коли ми до них стукали, не відкривали двері. Пологи приймала мати. Коли дівчинка народилася, вона не дихала і не кричала. Ми не знали, що з нею робити – вирішили загорнути її у стару ковдру і винести...». Зі слів сусідів, мати і дочка С. нерідко знаходилися в нетверезому стані, мали неохайний вигляд, часто лаялися між собою, приводили на квартиру незнайомих чоловіків. З висновків судово-медичного експерта: труп новонародженої дівчинки, має довжину 51 см, вагу - 3000 гр., вкритий первородним змащенням, волосся на голові густі, довжиною 1-1,5 см. Досить добре виражена підшкірна жирова клітковина. Результати розтину: легені цілком заповнюють плевральну порожнину, розправлені, повітряні. У шлунку та кишечнику міститься повітря. Легенева проба позитивна (легені плавають на поверхні води). У шлунку відсутня творожиста (молочна) маса. Чи відповідають дійсності свідчення громадянки С. про те, що дитина народилася мертвою? Що могло відбутися насправді?

Тестові завдання

Виберіть одну правильну відповідь

1. Хто проводить огляд місця події?
 - a) слідчий;
 - b) експерт-криміналіст;
 - c) судово-медичний експерт.

Судово-медична експертиза речових доказів.
Огляд трупа на місці пригоди (виявлення)

2. Хто проводить огляд трупа на місці події?
 - a) слідчий;
 - b) експерт-криміналіст;
 - c) судово-медичний експерт.

3. Хто є обов'язковим учасником огляду місця події?
 - a) слідчий;
 - b) прокурор;
 - c) експерт.

4. Хто може брати участь в огляді місця події?
 - a) судово-медичний експерт;
 - b) експерт-криміналіст;
 - c) прокурор;
 - d) всі відповіді правильні.

5. Що не входить в компетенцію судово-медичного експерта при огляді трупа на місці події?
 - a) допомога слідчому в огляді трупа;
 - b) допомога слідчому в пошуку, виявленні та опису речових доказів біологічного походження;
 - c) визначення давності настання смерті;
 - d) складання протоколу огляду місця події.

6. Що є головним завданням судово-медичного експерта при огляді трупа на місці його виявлення?
 - a) попереднє визначення і повідомлення слідчому про причини смерті;
 - b) остаточне визначення причин смерті;
 - c) складання протоколу огляду трупа.

7. Який розділ протоколу огляду місця події не входить до його структури?
 - a) вступна частина;
 - b) описова (дослідницька) частина;
 - c) зауважень про вилучення речових доказів;
 - d) результати огляду.

8. Які відомості не вносять до протоколу огляду місця події?
- a) про температуру тіла трупа;
 - b) про стан трупних плям;
 - c) про стан трупного задубіння;
 - d) про давність настання смерті.
9. Від чого не можуть утворитися плями від бризок крові?
- a) артеріальної кровотечі;
 - b) удару по закривавленому предмету;
 - c) при струшуванні з закривавленого предмету;
 - d) при падінні крові на горизонтальну поверхню.
10. Від чого можуть утворитися плями від крапель крові?
- a) артеріальної кровотечі;
 - b) удару по закривавленим предметам;
 - c) при струшуванні з закривавленого предмету;
 - d) всіх наведених прикладів.
11. Що не можна встановити при дослідженні розчленованих трупів?
- a) причини смерті;
 - b) знаряддя розчленування;
 - c) приналежність відокремлених частин тіла одному або кільком трупам;
 - d) особу загиблого.
12. Для чого проводиться ексгумація?
- a) для проведення додаткової експертизи;
 - b) для проведення первинної експертизи;
 - c) для проведення повторної експертизи;
 - d) для ідентифікації особи загиблого;
 - e) всі відповіді правильні.

Судово-медична експертиза речових доказів.
Огляд трупа на місці пригоди (виявлення)

13. Що необхідно встановити при дослідженні трупа немовляти?

- a) чи було немовля життєздатним;
- b) яка тривалість його внутрішньоутробного життя;
- c) чи є немовля доношеним і зрілим;
- d) яка його тривалість життя після народження;
- e) всі відповіді правильні.

14. Що є об'єктами судово-гістологічного дослідження?

- a) кров;
- b) волосся;
- c) сперма;
- d) частки органів і тканин;
- e) всі відповіді правильні.

15. Який підрозділ не входить в структуру лабораторії бюро судово-медичної експертизи?

- a) медико-криміналістичне відділення;
- b) судово-хімічне відділення;
- c) відділення гістологічних досліджень;
- d) токсикологічне відділення.

16. Які дослідження не проводяться в медико-криміналістичному відділенні?

- a) діагностичні;
- b) ідентифікаційні;
- c) класифікаційні;
- d) ситуаційні.

17. Що не використовують при дослідженні вогнепальних ушкоджень, а також ушкоджень тупими і гострими предметами в медико-криміналістичному відділенні?

- a) трасологічну ідентифікацію;
- b) одонтометрію і одонтоскопію;
- c) остеометрію і остеоскопію;
- d) краніометрію і краніоскопію.

18. Які методи використовують при порівняльному дослідженні з метою ідентифікації невідомої особи?

- a) фотосуміщення;
- b) фотомонтаж;
- c) комп'ютерне зіставлення;
- d) генетичний аналіз;
- e) всі відповіді правильні.

19. Що є сучасним методом встановлення присутності крові на речових доказах?

- a) морфологічний;
- b) хімічний;
- c) фотографічний;
- d) мікроспектральний.

20. Що встановлюють при дослідженні плям, схожих на кров?

- a) наявність крові;
- b) видову специфічність;
- c) групову специфічність;
- d) індивідуальну приналежність;
- e) всі відповіді правильні.

ПРИКЛАД СКЛАДАННЯ ЕКСПЕРТНОГО ВИСНОВКУ ПРИ СУДОВО-МЕДИЧНОМУ ДОСЛІДЖЕННІ РЕЧОВИХ ДОКАЗІВ

При огляді місця пригоди знайдено труп потерпілої Л. з багаточисленними забитими ранами голови та переломами кісток склепіння черепа. Також на місці пригоди виявлено молоток, на якому встановлено об'єкти схожі на волосся.

В результаті проведеного порівняльного дослідження волосся, знятого з молотка, відмічається їх схожість між собою за всіма досліджуваними ознаками – формою, кольором, товщиною, розташуванням пігменту, а також схожість за цими ознаками з волоссям потерпілої Л. і можуть належати до цієї особи.

Рекомендована література

Базова

1. Кривда Г.Ф., Демиденко А.Н., Кривда Р.Г. Осмотр трупа и вещественных доказательств на месте происшествия. Херсон : Наддніпряночка, 2012. 208 с.
2. Михайличенко Б.В., Ергард Н.М. Огляд трупа на місці його виявлення (розробка методичних вказівок до практичного заняття на основі компетентнісного підходу) : методичні рекомендації. Київ: УкрДГРІ, 2017. 24 с.
3. Судова медицина (у схемах, таблицях і малюнках) : навч. посіб. / Лісовий А.С. та ін. ; за заг. ред. К.А. Лісового, П.Л. Голубовича. Київ : Атіка, 2007. 412 с.
4. Судова медицина і судова психіатрія : навч.-метод. посіб. / Нетудихатка О.Ю. та ін. Одеса : Юридична література, 2013. 93 с.
5. Судова медицина. Підручник / Михайличенко Б.В. та ін. ; за ред. Б.В. Київ : ВСВ „Медицина”, 2018. 447 с.
6. Тагаев Н.Н. Судебная медицина : учебник. 2-е изд., перераб. и доп. - Харьков : Фактор, 2012. 1296 с.

Допоміжна

1. Моргун Е.В., Діхтяр В.М. Огляд трупу на місці його виявлення : методичні вказівки для студентів. Полтава, 2005. 36 с.
2. Соколова О. В., Азаров Ю. І., Михайличенко Б. В. Судова медицина : курс лекцій. 2-ге вид., стер. - Київ : Вид. Паливода А. В., 2007. 236 с.
3. Судова медицина : підручник для студ. мед. вузів / Концевич І. О. та ін. ; за ред. І. О. Концевич, Б. В. Михайличенко. Київ : Леся, 1997. 655 с.

Навчальний відеофільм



ПРОЦЕСУАЛЬНІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНІ ОСНОВИ СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

МЕТА: вивчити процесуальні і організаційні основи судово-психіатричної експертизи та сформувані базові знання і уміння з судової психіатрії.

Основні поняття: судова психіатрія, організація судово-психіатричної експертизи, судово-психіатричний експерт, постанова про призначення судово-психіатричної експертизи, види експертизи, висновок судово-психіатричної експертизи.

За результатами вивчення теми здобувач вищої освіти повинен:

знати:

- предмет та завдання судової психіатрії;
- судово-психіатричну експертизу, її визначення та підстави призначення;
- закони України, які регламентують зміст та порядок призначення судово-психіатричної експертизи;
- приводи призначення судово-психіатричної експертизи;
- обов'язки, права, відповідальність та відведення судово-психіатричного експерта;
- види судово-психіатричної експертизи;
- участь судово-психіатричного експерта в слідчих діях та судовому засіданні;
- організацію судово-психіатричної експертизи;
- судово-психіатричну документацію;

уміти:

- користуватися законами України, які регламентують права, обов'язки і відповідальність спеціаліста у галузі судової психіатрії, а також порядок призначення та проведення судово-психіатричної експертизи;
- аналізувати судово-психіатричну документацію.

**Методичні рекомендації для підготовки
до теми заняття**

Вивчення теми слід розпочати з визначення судової психіатрії як науки (предмет, методи та завдання). Потім з'ясувуть зв'язок судової психіатрії з іншими науками, значення судової психіатрії у діяльності працівників поліції (орієнтовне визначення психічного стану підекспертного, кваліфікована постановка питань перед експертом та аналіз судово-психіатричних висновків).

Далі переходять до визначення судово-психіатричної експертизи. Детально розглядають підстави призначення судово-психіатричної експертизи (постанова слідчого судді та ухвала суду), документи, які регламентують зміст та порядок призначення судово-психіатричної експертизи (Конституція України, Кримінальний та Кримінальний процесуальний, Цивільний та Цивільний процесуальний кодекси).

Особливу увагу звертають на приводи призначення судово-психіатричної експертизи. Вивчають перелік вихідного матеріалу, який надається для проведення судово-психіатричної експертизи (дані про особу, особистісна характеристика її на всіх етапах життя, дослідження історій хвороб, амбулаторних карт, довідок про інвалідність та ін.).

Потім визначають обов'язки, права, відповідальність та відведення судово-психіатричного експерта. Також розглядають види судово-психіатричної експертизи (у кабінеті слідчого, амбулаторна, стаціонарна, в судовому засіданні, заочна). Далі розглядають участь судово-психіатричного експерта у слідчих діях та судовому засіданні.

При ознайомленні з судово-психіатричною документацією розглядають структуру «Висновка судово-психіатричного експерта» (вступна, анамнестична частини, розділи соматичного, неврологічного та психологічного стану, заключна частина) та порядок його оформлення.

Конспект навчального матеріалу

Психіатрія – це розділ медицини, який вивчає закономірності виникнення і розвитку у людини психічних захворювань або окремих психічних симптомів, а також розробляє методи лікування і профілактики психічних хвороб.

Спеціальним розділом психіатрії є *судова психіатрія*, яка вивчає психічні розлади по відношенню до правових норм, до кримінального права і процесу, а також цивільного права і процесу.

Загальним завданням судової психіатрії з одного боку є допомога слідству і суду дотримуватися гуманного принципу закону, згідно якому суспільно небезпечні дії психічно хворих людей не повинні вважатися злочином, а такі люди – злочинцями. А з іншого боку завдання судової психіатрії полягає в тому, щоб не допустити такого положення, коли особа, що скоїла злочин, і яка є психічно здоровою людиною, могла б уникнути покарання.

Конкретні завдання судової психіатрії:

1. Огляд і винесення висновку про осудність або неосудність осіб, які притягаються до кримінальної відповідальності.
2. Визначення психічного стану осіб, які відбувають покарання.
3. Визначення психічного стану свідків і потерпілих.
4. Визначення психічного стану осіб за рішенням суду в цивільному процесі.
5. Застосування засобів (в першу чергу медичних) для

Процесуальні та організаційні основи судово-психіатричної експертизи

попередження суспільно небезпечних дій психічних хворих осіб після скоєння злочину.

Значення судової психіатрії для працівників поліції:

1. Питання призначення судово-психіатричної експертизи особі, яка притягається до кримінальної відповідальності, вирішується не судовими психіатрами, а саме органами слідства і суду.

2. Крім того, знаючи основи судової психіатрії, працівники слідства і суду зможуть зібрати необхідні матеріали для призначення експертизи, правильно сформулювати питання, на які повинні відповісти судові психіатри, правильно дати оцінку висновку експерта.

Організація і проведення судово-психіатричної експертизи

Організація і проведення судово-психіатричної експертизи в Україні регламентується Законами України: Конституцією, Кримінальним, Кримінальним процесуальним, Цивільним і Цивільним процесуальним кодексами. Крім того, правова діяльність експертів-психіатрів регламентується Основами законодавства України про охорону здоров'я, Законами України «Про судову експертизу» і «Про психіатричну допомогу».

Детальна регламентація судово-психіатричної експертизи представлена у Наказі МОЗ України від 8.05.2018 р. № 865 «Порядок проведення судово-психіатричної експертизи».

Місце проведення експертизи

Судово-психіатрична експертиза знаходиться у введених органів охорони здоров'я. Здійснюється вона на базі психіатричних диспансерів і лікарень. В них створюються спеціальні судово-психіатричні комісії або відділення судово-психіатричної експертизи.

Методичне і наукове керівництво судово-психіатричною експертизою здійснюється Міністерством охорони здоров'я

України за допомогою Науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, якому належить право контролю якості проведення експертиз.

Склад комісії

Найчастіше призначається *комісійна* експертиза. Експертна комісія, як правило, складається з трьох лікарів-психіатрів (голови і двох членів комісії). У виняткових випадках експертиза проводиться двома або навіть одним психіатром.

Підстави призначення судово-психіатричної експертизи

Судово-психіатрична експертиза проводиться за постановою слідчого судді або за ухвалою суду. У постанові вказуються підстави для призначення експертизи, прізвище експерта або експертної установи, питання, на які повинні відповісти експерт, а також матеріали кримінальної справи.

Слідчий зобов'язаний ознайомити обвинуваченого з постановою про призначення експертизи. У випадках, коли психічний стан обвинуваченого не дозволяє це зробити, слідчий має право не знайомити його з постановою.

Права і обов'язки експерта-психіатра

Експерт-психіатр зобов'язаний:

- з'явитися за викликом до органу, який призначив експертизу;
- провести повне і всебічне обстеження пацієнта, якого направили на експертизу;
- заявити самовідвід за наявності підстав, передбачених законодавством, які виключають його участь в справі;
- повідомити письмово про неможливість надати висновок, якщо недостатньо матеріалів і, якщо питання, поставлені перед ним, виходять за межі його компетенції.

Процесуальні та організаційні основи судово-психіатричної експертизи

Права експерта-психіатра:

Експерт-психіатр має право: 1) знайомитися з матеріалами справи; 2) брати участь з дозволу слідчого, прокурора, суду в судово-слідчих діях, ставити підекспертному питання, визначати форму проведення експертизи (амбулаторна або стаціонарна); 3) опротестувати присутність осіб, які не передбачені законодавством; 4) радитися з членами експертної комісії, а у разі незгоди з ними – винести у висновок особливу думку; 5) клопотати про додаткові матеріали для проведення експертизи; 6) клопотати про залучення інших експертів і створення комплексної експертизи.

Клопотання про призначення судово-психіатричної експертизи

Клопотати про призначення судово-медичної експертизи мають право:

- у кримінальному процесі – обвинувачені, підозрювані, потерпілі, їх законні представники, адвокат з моменту його участі в процесі;
- у цивільному процесі – прокурор, позивач, відповідач, їх представники.

Клопотання повинне бути розглянуте не більше ніж в 3-денний термін. Воно також може бути відхилене відповідно до ст. 129 КПК України із зазначенням в ухвалі мотивів відхилення.

Відведення експерта-психіатра

1. Зацікавленість у справі (експерт як потерпілий, свідок, цивільний позивач, як родич обвинуваченого або потерпілого).
2. Службова або інша залежність від обвинуваченого або потерпілого.
3. Некомпетентність експерта.

Відповідальність експерта-психіатра

1. Свідчення свідомо помилкових (неправдивих) висновків обстеження (ст. 384 КК України).
2. Відмова або ухиляння від покладених на експерта обов'язків (ст. 385 КК України).
3. Розголошення даних досудового слідства (ст. 387 КК України).
4. Розголошення лікарської таємниці (ст. 145 КК України).

Підстави для призначення судово-психіатричної експертизи:

1. Хвороблива, незвичайна поведінка обвинуваченого у кабінеті слідчого або у судовому засіданні (відповіді невід, бурхлива реакція на окремі питання і так далі).
2. Наявність в матеріалах справи документів, які свідчать про те, що дана особа перебувала (перебуває) на диспансерному обліку або перебувала (перебуває) на лікуванні в психіатричній лікарні.
3. Відсутність достатніх психологічних мотивів скоєного злочину («невмотивований злочин»).
4. «Неправильна» або дивна поведінка правопорушника під час скоєння злочину.
5. Особлива жорстокість або тяжкість скоєного злочину.
6. Наявність відомостей про перенесені раніше захворювання головного мозку (енцефаліт, менінгіт, травми черепа).
7. Наявність відомостей про інвалідність або непридатність до військової служби за психічним станом.
8. Безглузді свідчення обвинуваченого, потерпілого або свідка, які носять характер обмов або самообмов.
9. Затримка психічного розвитку і навчання в спеціалізованій школі.
10. Підозра в симуляції і дисимуляції.
11. Наявність психічних захворювань у родичів.

Процесуальні та організаційні основи судово-психіатричної експертизи

Початковий матеріал для проведення експертизи

При призначенні експертизи слідчий суддя або суд зобов'язані надати експертній комісії матеріали справи, які повинні містити дані не тільки про обставини злочину, але і про підекспертного, його образ думок, особливості його характеру (жорстокість, запальність і т. д.), які думки висловлював до, в момент і після злочину.

Для проведення експертизи важливо мати характеристику обстежуваної особи на всіх етапах його життя: в дитинстві, в школі, в період самостійної роботи. З'ясовується чи не було відставання у фізичному і розумовому розвитку, поведінку при проходженні військової служби, в побуті, в сім'ї, відношення до алкоголю. Якщо підекспертний раніше хворів на психічне захворювання і знаходився на диспансерному обліку, то необхідно представити експертній комісії оригінали історій хвороби, амбулаторних карт, довідки про інвалідність, про звільнення від військової служби і так далі.

Види судово-медичної експертизи:

- експертиза в кабінеті слідчого;
- амбулаторна експертиза;
- Стационарна експертиза;
- експертиза в судовому засіданні;
- заочна (або посмертна) експертиза.

Розрізняють також первинну, додаткову, повторну, комісійну і комплексну експертизи.

Експертиза в кабінеті слідчого

проводиться рідко і носить частіше консультативний характер. Експерт виносить, як правило, ймовірний висновок про наявність або відсутність психічного захворювання.

Іноді експерт може висловити остаточну думку про осудність, якщо мова йде про відсутність психічного розладу.

Амбулаторна експертиза

це найпоширеніший вид експертизи, організовується в

психоневрологічних диспансерах або безпосередньо в слідчих ізоляторах. Проводиться така експертиза одноразово. Основна її перевага – короткочасність (швидкість проведення). А недолік – неможливість іноді вирішити питання про характер і ступінь тяжкості психічних порушень.

Стаціонарна експертиза

є найбільш досконалою і проводиться для більш глибокого обстеження з метою уточнення характеру і ступеня тяжкості психічних розладів.

Експертиза в судовому засіданні

проводиться безпосередньо в залі судового засідання. Присутність експерта у судовому засіданні обов'язково як у разі визнання підекспертного осудним, так і у випадку визнання його неосудним. Експерт в судовому засіданні має право ставити питання обвинуваченому, свідкам, потерпілим і оглянути обвинуваченого.

Заочна експертиза

проводиться тільки за матеріалами справи, коли підекспертний не може бути доставлений для особистого огляду (наприклад, ховається від правосуддя або знаходиться за кордоном і т. д.), або мова йде про уточнення висновку амбулаторної або стаціонарної експертизи, яка вже проводилася. Окремим випадком заочної експертизи є посмертна експертиза.

Судово-психіатрична документація

Судово-психіатричний висновок оформляється у вигляді документа «*Висновок судово-психіатричного експерта*».

Висновок складається з:

1. вступної частини;
2. анамнестичної частині (відомостей про життя підекспертного, минулі захворювання);
3. розділу соматичного і неврологічного стану;
4. розділу психічного стану;
5. завершальної частини.

Процесуальні та організаційні основи судово-психіатричної експертизи

Вступна частина висновку містить відомості про :

- час і місце проведення експертизи;
- паспортні дані;
- процесуальне положення (статті КК України за якими обвинувачений притягується до кримінальної відповідальності);
- склад експертної комісії;
- орган, який направив на експертизу;
- питання, які поставлені перед експертною комісією;
- відомості про попередні проведені експертизи.

У анамнестичній частині наводяться дані про:

- спадковість;
- освіту;
- виробничу діяльність;
- сімейний стан;
- про перенесені у минулому захворювання, особливо психічні, а також про черепномозкові травми.

У розділі соматичного і неврологічного стану відображаються результати обстеження підекспертного.

У розділі психічного стану описується:

- орієнтування в навколишньому оточенні;
- настрої;
- симптоми психічних порушень;
- особливості мислення;
- відношення до скоєного злочину;
- дані психологічного дослідження (якщо воно проводилося).

У завершальній частині висновку надається:

- діагноз захворювання;
- обґрунтування діагнозу;
- експертне рішення.

Оцінка висновку експертизи належить органу, який призначив експертизу.

Треба пам'ятати, що висновок судових психіатрів, як і інших експертів, не має остаточної доказової сили і не є обов'язковим для органів і осіб, які призначили експертизу. Крім того, відповіді на поставлені перед експертом питання, не можуть мати форми рекомендацій або вказівок слідству і суду. Проте незгода з експертними висновками повинна бути мотивована у відповідній ухвалі з наведенням конкретних аргументів.

Контрольні питання

1. Предмет та завдання судової психіатрії.
2. Значення судової психіатрії у діяльності працівників поліції.
3. Судово-психіатрична експертиза, її організація та підстави призначення.
4. Закони України, які регламентують зміст та порядок призначення судово-психіатричної експертизи.
5. Приводи призначення судово-психіатричної експертизи.
6. Обов'язки, права, відповідальність та відведення судово-психіатричного експерта.
7. Матеріали, необхідні для проведення судово-психіатричної експертизи і оцінка її результатів.
8. Види судово-психіатричної експертизи. Експертиза у кабінеті слідчого.
9. Амбулаторна та стаціонарна експертиза.
10. Експертиза у судовому засіданні, заочна та посмертна експертиза.
11. Судово-психіатрична документація.

Ситуаційні завдання

1. Рішенням комісії лікарів-психіатрів диспансеру хворого Х. рік тому було знято з диспансерного обліку. Однак, в останні дні у нього змінився психічний стан, що викликало тривогу у його родичів. З огляду на його відмову від допомоги лікарів-психіатрів, родичі звернулися в диспансер з проханням оглянути і надати йому медичну допомогу. Лікар-психіатр оглянув хворого на дому і констатував загострення психічного захворювання. Яка Ваша оцінка тактики лікаря?

2. Хворий, який страждає на хронічне психічне захворювання, здійснив вбивство сусіда у стані ремісії. Однак, враховуючи дані анамнезу про нестійкість ремісії у даного хворого і неадекватку поведінку при затриманні йому призначена судово-психіатрична експертиза. Хто має право призначити експертизу? Які підстави для призначення експертизи? Які документи необхідно зібрати для експертизи?

Тестові завдання

Виберіть одну правильну відповідь

1. Назвіть вид експертизи, що займається вирішенням питання осудності пацієнта?

- a) військово-психіатрична;
- b) трудова;
- c) судово-психіатрична;
- d) всі вище перераховані.

2. Назвіть найпоширеніший вид судово-психіатричної експертизи?

- a) експертиза в кабінеті слідчого;
- b) амбулаторна;
- c) стаціонарна;
- d) експертиза в судовому засіданні.

3. Вкажіть максимальні терміни проведення стаціонарної судово-психіатричної експертизи?

- a) до 3-х днів;
- b) не більше 21 дня;
- c) не більше 30 днів;
- d) не більше 60 днів.

4. Яке значення має судово-психіатрична експертиза в кабінеті слідчого?

- a) носить консультативний характер;
- b) вирішує питання про характер та ступінь тяжкості психічного розладу;
- c) виносить попередній висновок;
- d) проводиться тільки за матеріалами справи.

5. Яке значення має стаціонарна судово-психіатрична експертиза?

- a) носить консультативний характер;
- b) вирішує питання про характер та ступінь тяжкості психічного розладу;
- c) виносить попередній висновок;
- d) проводиться тільки за матеріалами справи.

6. Який документ оформляє експерт-психіатр на підставі проведеної експертизи?

- a) висновок судово-психіатричного експерта;
- b) акт судово-психіатричного дослідження;
- c) висновок судово-психіатричного дослідження.

7. З яких розділів складається основний документ судово-психіатричної експертизи?

- a) вступна частина, дослідницька частина, заключна частина;
- b) вступна частина, розділ психічного стану, заключна частина

Процесуальні та організаційні основи судово-психіатричної експертизи

е) вступна частина, анамнестична частина, розділ соматичного і неврологічного стану, заключна частина;

с) вступна частина, анамнестична частина, розділ соматичного і неврологічного стану, розділ психічного стану, заключна частина.

8. Що не є підставою для призначення судово-психіатричної експертизи?

а) особлива жорстокість або тяжкість скоєного злочину;

б) дивна поведінка правопорушника під час скоєння злочину;

с) відсутність достатніх психологічних мотивів скоєння злочину;

д) наявність відомостей про перенесені раніше соматичні захворювання.

9. На підставі якого документа, у разі порушення кримінальної справи, проводиться судово-психіатрична експертиза?

а) постанови слідчого судді;

б) акту судово-психіатричної експертизи.

10. Яка кількість експертів, як правило, входить до складу судово-психіатричної експертної комісії?

а) 1;

б) 2;

с) 3;

д) 4.

11. У якому документі прописана детальна організація судово-психіатричної експертизи?

а) Кримінальний кодекс;

б) Кримінальний процесуальний кодекс;

с) Цивільний процесуальний кодекс;

д) Порядок проведення судово-психіатричної експертизи.

12. Яке значення має амбулаторна судово-психіатрична експертиза?

- a) носить консультативний характер;
- b) виносить попередній висновок;
- c) вирішує питання про характер психічного розладу;
- d) вирішує питання про ступінь тяжкості психічного розладу.

13. Яке значення має заочна судово-психіатрична експертиза?

- a) носить консультативний характер;
- b) вирішує питання про характер психічного розладу;
- c) вирішує питання про ступінь тяжкості психічного розладу;
- d) вирішує питання про характер і ступінь тяжкості психічного розладу;
- e) проводиться тільки за матеріалами справи.

14. Які права, відповідно до Кримінального процесуального кодексу, має експерт?

- a) без відома слідчого та суду вести переговори з учасниками кримінального судочинства з питань, пов'язаних з провадженням судової експертизи;
- b) самостійно збирати матеріали для експертного дослідження;
- c) знайомитися з матеріалами кримінальної справи, які відносяться до предмету судової експертизи.

15. Відповідно до Кримінального процесуального кодексу, яких прав не має експерт?

- a) розголошувати дані попереднього розслідування, які стали відомими йому у зв'язку з участю в кримінальній справі в якості експерта, якщо він був про це заздалегідь попереджений;
- b) подавати скарги на дії (бездіяльність) і рішення слідчого, прокурора і суду, які обмежують його права;

Процесуальні та організаційні основи
судово-психіатричної експертизи

с) клопотати про надання йому додаткових матеріалів, необхідних для формулювання висновку;

д) відмовитися від надання висновку з питань, що виходять за межі спеціальних знань, а також у випадках, якщо наданих йому матеріалів недостатньо для винесення висновку.

16. Згідно якої статті КК України за надання свідомо неправдивого висновку експерт-психіатр може понести відповідальність?

а) 65;

б) 121;

с) 384.

17. Згідно якої статті КК України за розголошення даних попереднього розслідування експерт може понести відповідальність?

а) 384;

б) 385;

с) 387.

18. Що містить вступна частина Висновку судово-психіатричного експерта?

а) наводяться формальні дані про експертів, місці, часу і виду експертизи; про орган, який призначив експертизу, питання, поставлені перед експертом; про сутність кримінальної або цивільної справи та про особистісні риси підекспертного;

б) викладається анамнез життя і психічного розладу;

с) надаються результати досліджень, отриманих при проведенні експертизи;

д) надаються висновки або відповіді на поставлені питання і їх обґрунтування з посиланням на фактичні дані, наведені в попередніх частинах висновку.

19. Кому належить право призначення судово-психіатричної експертизи?

- a) слідчому судді;
- b) обвинуваченому;
- c) потерпілому;
- d) психіатричній лікарні.

20. Що не є приводом для призначення судово-психіатричної експертизи?

- a) сумніви у психічній повноцінності обвинувачуваного;
- b) особливості поведінки обвинуваченого або підозрюваного під час слідства або правопорушення;
- c) антипатія до обвинуваченого або підозрюваного;
- d) характер злочинця, невмотивованість скоєного злочину, надзвичайна жорстокість.

Рекомендована література

Базова

1. Кримінальний процесуальний кодекс України : Закон України від 13.04. 2012 № 4651-VI. Дата оновлення: 11.09.2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4651-17#Text> (дата звернення: 06.12.2020).

2. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. / В 2 Т.; пер с англ. В.Б. Стрелец. Москва : «Медицина», 1994. 672 с.

3. Козлов В.В., Новикова Е.Е. Основы судебно-психиатрической экспертизы : учеб. пособ. Москва : Флинта, 2007. 182 с.

4. Колоколов Г.Р. Судебная психиатрия : курс лекций. Москва : Экзамен, 2006. 254 с.

5. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств : МКБ-10/УСД-10 : Клинические описания и указания по диагностике / ВОЗ; пер. на рус. яз. под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. Санкт-Петербург : Адис, 1994. 303 с.

Процесуальні та організаційні основи
судово-психіатричної експертизи

6. Про затвердження Порядку проведення судово-психіатричної експертизи : наказ Міністерства охорони здоров'я від 08.05.2018 р. № 865. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0719-18#Text> (дата звернення: 06.12.2020).

7. Про практику застосування судами примусових заходів медичного характеру та примусового лікування: Постанова Пленуму Верховного Суду України від 03.06.2005 р.№7.URL:[https://https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0007700-05#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0007700-05#Text) (дата звернення: 06.12.2020).

8. Про судову експертизу: закон України від 25.02.1994 № 4038-XII. Дата оновлення: 03.07.2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4038-12#Text> (дата звернення: 06.12.2020).

9. Про психіатричну допомогу : Закон України від 22.02.2000 № 1489-III. Дата оновлення: 20.12.2018. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14#Text> (дата звернення: 06.12.2020).

10. Кримінальний кодекс України : Закон України від 05.04. 2001 № 2341-III. Дата оновлення: 14.11.2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14#Text> (дата звернення: 06.12.2020).

11. Цивільний кодекс України : Закон України від 16.01. 2003 № 435-IV. Дата оновлення: 16.10.2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15#Text> (дата звернення: 06.12.2020).

12. Цивільний процесуальний кодекс : Закон України від 18.03. 2004 № 1618-IV. Дата оновлення: 13.08.2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1618-15#Text> (дата звернення: 06.12.2020).

13. Про Національну поліцію : Закон України від 02.07.2015 № 580-VIII. Дата оновлення: 22.10.2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/580-19#Text> (дата звернення: 06.12.2020).

Допоміжна

1. Настільна книга слідчого : наук.-практ. видання для слідчих і дізнавачів / Панов М. І. та ін. ; Вид 2-ге., перероб. і доп. Київ: Вид. Дім «Ін Юре», 2007. 728 с.
2. Погорєлов І.І., Манаєнкова О.Д. Психіатрія і наркологія : підручник. Вид. 2-ге, перероб. і доп. Медицина, 2018. 320 с.
3. Ткаченко А. А. Руководство по судебной психиатрии : практич. пособ. Изд. 2-е, перераб. и доп. Москва : Издательство Юрайт, 2015. 966 с.

СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНА ЕКСПЕРТИЗА В КРИМІНАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ

МЕТА: засвоїти сучасні уявлення про роль судово-психіатричної експертизи у кримінальному процесі та вивчити судово-психіатричні принципи визначення неосудності.

Основні поняття: свобода воли, осудність, неосудність, формула неосудності, медичний та юридичний критерії неосудності.

За результатами вивчення теми здобувач вищої освіти повинен:

знати:

- теоретичні аспекти проблеми неосудності.
- осудність та неосудність в кримінальному процесі.
- судово-психіатричну експертизу осіб, які притягаються до кримінальної відповідальності.
- судово-психіатричну експертизу потерпілих, свідків та засуджених;

уміти:

- визначати стан неосудності особи згідно медичного та юридичного критеріїв.

Методичні рекомендації для підготовки до теми заняття

Приступаючи до вивчення теми заняття, необхідно визначити поняття “осудність” як передумову провини, а також з’ясувати поняття філософської категорії “свобода волі” стосовно кримінального права.

Далі вивчають поняття “осудність” та “неосудність”. При цьому звертають увагу на формулу неосудності (ч.2 ст. 19 КК України), співвідношення медичного і юридичного компонентів. Розглядають чотири групи психічних захворювань згідно медичного критерія (прогресуючі хронічні психічні хвороби; тимчасові психічні захворювання, які закінчуються одужанням; всі випадки стійкого зниження розумової діяльності та інші хворобливі стани). Потім вивчають юридичний критерій неосудності як узагальнюючу характеристику клінічних даних з точки зору їх тяжкості, сутність вольової та інтелектуальної ознак юридичного критерія неосудності.

Необхідно також розглянути психічні розлади, які не виключають осудність. З'ясовують питання алкогольного сп'яніння та осудності, акцентуючи увагу на тому, що особа, яка скоїла злочин, перебуваючи у стані алкогольного сп'яніння, не звільняється від кримінальної відповідальності, навіть, якщо ця особа перебувала під час скоєння злочину у третій стадії алкогольного сп'яніння (ст. 21 КК України).

На закінчення заняття розглядають питання, які вирішує експерт-психіатр під час дослідження підозрюваного або обвинувачуваного, а також свідків та потерпілих. Крім того, з'ясовують питання, які постають перед експертом-психіатром у разі дослідження засуджених, а також осіб, які скоїли злочин в стані осудності, але захворіли на психічну хворобу до винесення вироку суду.

Конспект навчального матеріалу

У кримінальному процесі найбільш частим видом судово-психіатричної експертизи є огляд обвинувачених.

Експерт, який обстежив обвинуваченого, повинен надати судово-слідчим органам висновок про його психічний стан в період здійснення суспільно небезпечних дій і висловити свою думку про його осудність.

Судово-психіатрична експертиза в кримінальному процесі

Основне місце в сучасному уявленні про осудність займає розуміння психічної діяльності, зокрема, вольової сфери. Існує таке поняття як *свобода волі*, тобто свобода розпоряджатися своїми діями, вчинками.

При психічному захворюванні спостерігається спотворене сприйняття об'єктивно існуючої реальності. А це позбавляє людину правильно оцінювати здійснювані вчинки. Кінець кінцем, це може закінчитися з боку хворої людини суспільно небезпечними неадекватними діями.

Осудність

Осудною вважається людина, яка під час скоєння злочину віддає собі звіт в своїх діях і вчинках і здатна керувати свої дії (тобто здатна не здійснювати суспільно небезпечних дій, навіть якщо вона цього дуже бажає) – ч. 1 ст. 19 КК України.

Осудність відповідно до чинного законодавства, є, таким чином, передумовою провини.

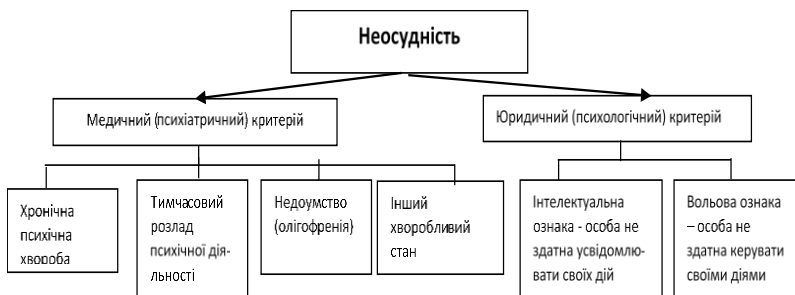
Неосудність

Людина неосудна за існуючим законодавством злочинцем не визнається і до відповідальності не притягується, а її дії, який би жорстокий характер вони не носили, розглядаються тільки як «суспільно небезпечні дії психічно хворої людини» - ч. 2 ст. 19 УК України.

Формула неосудності

визначається ч. 2 ст. 19 КК України, яка свідчить, що не підлягає кримінальній відповідальності особа, яка під час здійснення суспільно небезпечного діяння знаходилася в стані неосудності, тобто не могло віддавати собі звіт в своїх діях або керувати ними унаслідок хронічної психічної хвороби, тимчасового розладу психічної діяльності, недоумства або іншого хворобливого стану. До такої особи за призначенням суду можуть бути застосовані примусові заходи медичного характеру.

Недоступ М. Ф. Судова медицина та психіатрія :
навчально-методичний посібник



Формула неосудності містить два критерії:

- медичний (психіатричний);
- юридичний (психологічний).

Обидва критерії в єдності визначають неосудність особи, яка скоїла суспільно небезпечні діяння.

Медичний критерій

містить перелік психічних захворювань, які за наявності юридичного критерію, можуть виключати осудність.

Згідно з цим критерієм психічні захворювання об'єднані в чотири групи:

1. *Перша група* включає хронічні психічні хвороби, які протікають безперервно або нападopodobно з прогресуючим погіршенням стани хворого (шизофренія, епілепсія, прогресивний параліч, старече слабоумство, маніакально-депресивний психоз і ін.).

2. До *другої групи* відносяться короточасні психічні захворювання, які закінчуються одужанням (алкогольні і реактивні психози, патологічний афект).

3. *Третя група* – це слабоумство, тобто всі випадки стійкого зниження розумової діяльності (інтелекту) з вираженим порушенням або неможливістю соціального пристосування. Воно може бути вродженим (олігофренія) або придбаним після травми, інфекційних захворювань (деменція).

Судово-психіатрична експертиза в кримінальному процесі

4. *Четверта група* хвороб позначається як «*інші хворобливі стани*».

До них відносять стани, що не є психічними захворюваннями, але які супроводжуються певними психічними порушеннями (психопатія, паранойя, інфантілізм, глухонімота).

Юридичний критерій

згідно ст. 19 КК України формулюється так, що особа не могла усвідомлювати фактичний характер і суспільне значення своїх дій або керувати ними.

Юридичний критерій неосудності містить:

- інтелектуальну ознаку (тобто нездатність віддавати звіт у своїх діях);
- вольова ознаку (нездатність керувати своїми діями, керувати своєю поведінкою).

Тому, якщо за допомогою медичного критерію ми можемо тільки розпізнати захворювання, то юридичний критерій визначає глибину (ступінь) виявлених розладів психіки. Тобто юридичний критерій дає повнішу і всебічну характеристику психічних розладів.

При встановленні неосудності не з'ясовують мотиви вчинку, хоча вони і вказують на хворобливий стан, а перш за все визначають наскільки була велика тяжкість психічного розладу у момент здійснення правопорушення.

При повторному здійсненні протиправних дій особою, визнаною раніше неосудною, питання про осудність має бути розглянуто знову.

Алкогольне сп'яніння і осудність

Згідно ст. 21 КК України особа, яка скоїла злочин в стані сп'яніння, не звільняється від кримінальної відповідальності і судово-психіатричну експертизу їй призначати не слід. Це

можна пояснити тим, що людина із власної волі вживає алкоголь, свідомо вибираючи при цьому і вид і ті дози, які він вживає. І хоча, в третій стадії сп'яніння особа дійсно не усвідомлює свої дії і неспроможна керувати своїми вчинками, але увійшла вона в цей стан із власної волі.

Питання, які вирішує експерт-психіатр, при обстеженні підозрюваного (обвинуваченого):

1. Чи страждав підекспертний яким-небудь психічним захворюванням у момент скоєння злочину?

2. Чи могло позбавити це захворювання здатності підекспертного віддавати звіт в своїх діях і керувати ними?

3. Чи страждає підекспертний яким-небудь психічним захворюванням в даний час?

4. Чи є дане захворювання тимчасовим і чи позбавляє воно підекспертного можливості віддавати звіт в своїх діях і керувати ними?

5. Чи має потребу підекспертний в примусових заходах медичного характеру?

Можливі також випадки, коли особа, яка скоїла злочин, вже в процесі розслідування захворіла на психічну хворобу.

У частині 3 ст. 19 КК України йдеться про те, що не підлягає покаранню особа, яка скоїла злочин в стані осудності, але до винесення судом вироку захворіла на психічну хворобу, яка позбавляє її можливості віддавати звіт в своїх діях і керувати ними.

До такої особи за призначенням суду можуть бути застосовані примусові заходи медичного характеру, а після одужання ця особа може підлягати покаранню (ч.1 ст. 280 КПК України).

У випадках, коли психічна хвороба призводить до незворотного порушення психічних здібностей, стан повинен розцінюватися як хронічна психічна хвороба і кримінальна справа відносно такої особи підлягає припиненню.

Судово-психіатрична експертиза в кримінальному процесі

При призначенні судово-психіатричної експертизи таким особам, експерт вирішує наступні питання:

1. Чи страждає особа яким-небудь психічним розладом в даний час?
2. Чи позбавляє це захворювання дану особу здатності віддавати собі звіт в своїх діях і керувати ними?
3. Чи може дана особа з'явитися у судове засідання?
4. Чи має потребу дана особа в примусових заходах медичного характеру?

Судово-психіатрична експертиза свідків і потерпілих

Свідчення свідків і потерпілих на попередньому і судовому слідстві є важливим доказом в кримінальному процесі.

Свідок зобов'язаний, згідно з ч.2 ст. 66 КПК:

- прибути за викликом до слідчого, прокурора, слідчого судді або суду;
- давати правдиві свідчення під час досудового розслідування та судового розгляду;
- не розголошувати без дозволу слідчого, прокурора, суду відомості, які безпосередньо стосуються суті кримінального провадження та процесуальних дій, що здійснюються (здійснювалися) під час нього, і які стали відомі свідку у зв'язку з виконанням його обов'язків.

Потерпілий зобов'язаний, згідно з ст. 57 КПК України:

- прибути за викликом до слідчого, прокурора, слідчого судді, суду, а в разі неможливості своєчасного прибуття - завчасно повідомити про це, а також про причини неможливості прибуття;
- не перешкоджати встановленню обставин вчинення кримінального правопорушення;
- не розголошувати без дозволу слідчого, прокурора, суду відомості, які стали йому відомі у зв'язку з участю у кримінальному провадженні і які становлять охоронювану законом таємницю.

Проте іноді свідчення свідків і потерпілих можуть виявитися неповноцінними:

по-перше, через лжесвідчення;

по-друге, через ряд обставин таких як суб'єктивний стан (переляк, розгубленість, інші причини психологічного характеру (наприклад, погане запам'ятовування фактів);

по-третє – наявність психічного захворювання (частіше це олігофренія, черепномозкова травма, рідше шизофренія).

У відповідності до п.2 ст. 65 КПК України, не можуть бути допитані як свідки:

1) захисник, представник потерпілого, цивільного позивача, цивільного відповідача, законний представник потерпілого, цивільного позивача у кримінальному провадженні - про обставини, які стали їм відомі у зв'язку з виконанням функцій представника чи захисника;

2) адвокати - про відомості, які становлять адвокатську таємницю;

3) нотаріуси - про відомості, які становлять нотаріальну таємницю;

4) медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторони життя особи - про відомості, які становлять лікарську таємницю;

5) священнослужителі - про відомості, одержані ними на сповіді віруючих;

6) журналісти - про відомості, які містять конфіденційну інформацію професійного характеру, надану за умови нерозголошення авторства або джерела інформації;

7) судді та присяжні - про обставини обговорення в нарадчій кімнаті питань, що виникли під час ухвалення судового рішення, за винятком випадків кримінального провадження щодо прийняття суддею (суддями) завідомо неправосудного вироку, ухвали;

Судово-психіатрична експертиза в кримінальному процесі

8) особи, які брали участь в укладенні та виконанні угоди про примирення в кримінальному провадженні, - про обставини, які стали їм відомі у зв'язку з участю в укладенні та виконанні угоди про примирення;

9) особи, до яких застосовані заходи безпеки, - щодо дійсних даних про їх особи;

10) особи, які мають відомості про дійсні дані про осіб, до яких застосовані заходи безпеки, - щодо цих даних.

В цьому випадку призначається судово-психіатрична експертиза, яка, до речі, не оцінює достовірність і зміст свідчень, оскільки це компетенція суду, а з'ясовує чи є у свідків і потерпілих психічне захворювання і чи можуть, в зв'язку з цим, вони надавати правильні свідчення.

Тобто по суті мова йде про процесуальну дієздатність цих учасників кримінального процесу. До умов процесуальної дієздатності відносяться: вік потерпілого або свідка, психічне здоров'я, фізичний стан.

Відносно *віку* слід зазначити, що потерпілий або свідок може бути визнаний процесуально:

- дієздатним з 18 років;
- обмежено дієздатним від 14 до 18 років і
- повністю недієздатним (тобто малолітні до 14 років).

При проведенні судово-психіатричної експертизи свідків і потерпілих вирішуються наступні питання:

1. Чи страждає дана особа яким-небудь психічним захворюванням і якщо так, то яким?
2. Чи може вона за психічним станом сприймати обставини справи і надавати про них правильні свідчення?

Експертиза засуджених

Експертиза засуджених, згідно ст. 84 КК і 536 КПК України, призначається в тих випадках, коли засуджений захворів

психічним захворюванням і що ця хвороба перешкоджає відбуванню покарання.

Якщо експертиза встановлює цей факт, то суддя за поданням адміністрації виправно-трудової установи на підставі висновку судово-психіатричної експертизи має право внести до ухвали про звільнення цієї особи від подальшого відбування покарання. При цьому суддя має право застосовувати до звільненого примусові заходи медичного характеру або передати його на опікування органам охорони здоров'я.

При цьому до судово-психіатричної експертизи виносяться наступні питання:

1. Чи має дана особа психічне захворювання, якщо так, то яке, якої глибини і стійкості (гостре або хронічне)?
2. Чи дозволяє це захворювання даному засудженому знаходитися в місцях позбавлення волі?
3. Чи представляє хворий небезпеку для оточуючих?
4. Чи підлягає він лікуванню в психіатричній лікарні місць позбавлення волі або ж підлягає достроковому звільненню або може бути переданий на піклування органам охорони здоров'я?

При тимчасових розладах психічної діяльності (реактивні стани тощо) лікування засуджених проводиться до одужання в психіатричних відділеннях тюремних лікарень. А після лікування і одужання ці засуджені знов повертаються в місця позбавлення волі для подальшого відбування покарання.

Контрольні питання

1. Приводи призначення судово-психіатричної експертизи.
2. Поняття «свобода волі» стосовно кримінального права.

Судово-психіатрична експертиза в кримінальному процесі

3. Ознаки осудності.
4. Формула неосудності.
5. Медичний критерій неосудності.
6. Юридичний критерій неосудності.
7. Алкогольне сп'яніння та осудність.
8. Питання, які вирішує експерт-психіатр при експертизі підозрюваного або обвинувачуваного.
9. Судово-психіатрична експертиза свідків та потерпілих.
10. Судово-психіатрична експертиза засуджених.

Ситуаційні завдання

1. Чоловік, який знаходився у стані сильного алкогольного сп'яніння, скоїв злочин. Чи є дана особа осудною або неосудною?

2. Особа, яка відбувала покарання у місцях позбавлення волі за скоєний злочин, захворіла на психічну хворобу. Чи буде вона визнана неосудною та звільнена від подальшого перебування за ґратами?

Тестові завдання

Виберіть одну правильну відповідь

1. Назвіть критерії формули неосудності?
 - a) медичний та кримінальний;
 - b) медичний та юридичний;
 - c) соціальний та юридичний;
 - d) кримінальний та юридичний.
2. Що означає інтелектуальна ознака юридичного критерію?
 - a) неможливість керувати своїми діями;

- b) неможливість усвідомлювати свої дії;
- c) наявність психічного розладу.

3. Яку кількість груп психічних захворювань містить медичний критерій?

- a) 2;
- b) 3;
- c) 4;
- d) 5.

4. Які захворювання або хворобливі стани відносяться до першої групи захворювань, що входять до складу медичного критерія?

- a) слабоумство;
- b) глухонімота, інфантилізм, психопатія;
- c) шизофренія, епілепсія, маніакально-депресивний психоз;
- d) патологічне сп'яніння, патологічний афект.

5. Які захворювання або хворобливі стани відносяться до четвертої групи захворювань, що входять до складу медичного критерія?

- a) слабоумство;
- b) глухонімота, інфантилізм, психопатія;
- c) шизофренія, епілепсія, маніакально-депресивний психоз;
- d) патологічне сп'яніння, патологічний афект.

6. Що є головною ознакою тимчасового психічного розладу?

- a) тривалість протікання захворювання;
- b) вірогідність повного одужання;
- c) характер захворювання;
- d) ступінь тяжкості захворювання.

Судово-психіатрична експертиза
в кримінальному процесі

7. Чи підлягає покаранню особа, яка скоїла злочин в стані осудності, але до виголошення вироку захворіла на хронічне психічне захворювання, яке перешкоджало усвідомленню своїх дій?

- a) підлягає покаранню;
- b) після відбування покарання, застосувати примусові заходи медичного характеру;
- c) після застосування примусових заходів медичного характеру, прямує для відбування покарання;
- d) підлягає остаточному звільненню від покарання і дії примусових заходів медичного характеру.

8. Чи підлягає покаранню особа, яка скоїла злочин в стані осудності, але до винесення вироку захворіла тимчасовим психічним захворюванням, яке перешкоджало усвідомленню своїх дій?

- a) підлягає покаранню;
- b) після відбування покарання, застосувати примусові заходи медичного характеру;
- c) після застосування примусових заходів медичного характеру, прямує для відбування покарання;
- d) підлягає остаточному звільненню від покарання і дії примусових заходів медичного характеру.

9. Чи підлягає кримінальній відповідальності особа, яка визнана судом обмежено осудною?

- a) так;
- b) ні;
- c) так, із застосуванням примусових заходів медичного характеру;
- d) ні, але застосувати примусові заходи медичного характеру.

10. Які ознаки не містить юридичний критерій неосудності?

- a) інтелектуальний;

- b) вольовий;
- c) психіатричний.

11. Що відносять до тимчасового психічного розладу?

- a) психічні хвороби, які швидко розвиваються, тривають обмежений час і закінчуються повним одужанням;
- b) група захворювань, які мають тривалий характер, важко піддаються одужанню, перебіг безперервний або нападодібний, мають тенденцію до прогресування;
- c) хворобливий стан психіки, який характеризується неповноцінністю розумової діяльності;
- d) найбільш важкі форми психопатії, аномалії психіки у глухонімих, наслідки черепно-мозкової травми.

12. Що розуміють під поняттям хронічного психічного розладу?

- a) психічні захворювання, які швидко розвиваються, тривають недовго і закінчуються повним одужанням;
- b) група захворювань, які мають тривалий характер, важко піддаються лікуванню, що протікають безперервно або приступообразно, що мають тенденцію до прогресування;
- c) хворобливий стан психіки, що характеризується неповноцінністю розумової діяльності;
- d) найбільш важкі форми психопатії, аномалії психіки у глухонімих, наслідки черепно-мозкової травми.

13. Чи підлягає кримінальній відповідальності особа, яка вчинила злочин у стані алкогольного або наркотичного сп'яніння?

- a) підлягає кримінальній відповідальності;
- b) не підлягає кримінальній відповідальності;
- c) залежить від обставин.

14. Що означає вольова ознака юридичного критерію?

- a) неможливість керувати своїми діями;

Судово-психіатрична експертиза
в кримінальному процесі

- b) неможливість усвідомлювати свої дії;
- c) наявність психічного розладу.

15. Психопатична або істерична особа, яка скоїла злочин, переважно може бути визнана

- a) осудною;
- b) обмежено осудною;
- c) неосудною.

16. Чи є перешкодою для проведення розслідування і виголошення вироку обвинуваченому, у якого є психічний розлад, що не впливає на його осудність?

- a) так;
- b) ні.

17. Чи можуть бути допитані в якості свідка медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторони життя особи - про відомості, які становлять лікарську таємницю?

- a) так;
- b) ні.

18. Чи оцінює судово-психіатрична експертиза достовірність і зміст свідчень свідка?

- a) так;
- b) ні.

19. Чи підлягає засуджений подальшому відбуванню покарання, якщо він захворів на хронічну психічну хворобу?

- a) підлягає покаранню;
- b) після відбування покарання, застосувати примусові заходи медичного характеру;
- c) після застосування примусових заходів медичного характеру, прямує для відбування покарання;

d) підлягає остаточному звільненню від покарання і дії примусових заходів медичного характеру.

20. Чи підлягає засуджений подальшому відбуванню покарання, якщо він захворів на тимчасову психичну хворобу?

a) підлягає покаранню;

b) після відбування покарання, застосувати примусові заходи медичного характеру;

c) після застосування примусових заходів медичного характеру, прямує для відбування покарання;

d) підлягає остаточному звільненню від покарання і дії примусових заходів медичного характеру.

Рекомендована література

Базова

1. Дмитриева Т.Б. Ограниченная вменяемость : монография. Изд. 3-е, перераб. и доп. Москва : Медкнига, 2008. 184 с.

2. Кримінальний процесуальний кодекс України : Закон України від 13.04. 2012 № 4651-VI. Дата оновлення: 11.09.2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4651-17#Text> (дата звернення: 06.12.2020).

3. Ткаченко А. А. Руководство по судебной психиатрии : практич. пособ. 2-е изд., перераб. и доп. Москва : Издательство Юрайт, 2015. 966 с.

4. Цільмак О.М. Судово-психіатрична експертиза: навч. посіб. Одеса: РВВ ОДУВС, 2014. 104 с.

5. Про судову експертизу: закон України від 25.02.1994 № 4038-XII. Дата оновлення: 03.07.2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4038-12#Text> (дата звернення: 06.12.2020).

6. Про психіатричну допомогу : Закон України від 22.02.2000 № 1489-III. Дата оновлення: 20.12.2018. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14#Text> (дата звернення: 06.12.2020).

7. Кримінальний кодекс України : Закон України від

Судово-психіатрична експертиза в кримінальному процесі

05.04. 2001 № 2341-III. Дата оновлення: 14.11.2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14#Text> (дата звернення: 06.12.2020).

8. Цивільний кодекс України : Закон України від 16.01.2003 № 435-IV. Дата оновлення: 16.10.2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15#Text> (дата звернення: 06.12.2020).

9. Цивільний процесуальний кодекс : Закон України від 18.03.2004 № 1618-IV. Дата оновлення: 13.08.2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1618-15#Text> (дата звернення: 06.12.2020).

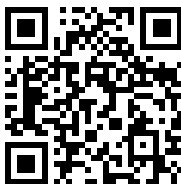
Допоміжна

1. Гурьева В.А. Клиническая и судебная подростковая психиатрия : учебник. Москва : МИА,2014. 488 с.

2. Мальцева М.М., Котов В.П. Опасные действия психически больных : психопатологические механизмы и профилактика : монографія. Москва : Медицина, 2008. 256 с.

3. Мельник А.В. Тимчасові розлади психічної діяльності алкогольного та органічного генезу (судово-психіатричний та правовий аспекти) : монографія. Київ : Євшан-зілля, 2010. 221 с.

Навчальний відеофільм



СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНА ЕКСПЕРТИЗА У ЦІВІЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ

МЕТА: засвоїти основні завдання, які вирішує судово-психіатрична експертиза в цивільному процесі; з'ясувати роль судово-психіатричної експертизи у захисті конституційних прав та законних інтересів громадян, пов'язаних з сімейними, господарськими та загальносуспільними правовідношеннями.

Основні поняття: правоздатність, дієздатність, недієздатність, формула недієздатності, обмежена дієздатність, опікунство, піклування.

За результатами вивчення теми здобувач вищої освіти повинен:

знати:

- правоздатність та дієздатність;
- недієздатність та її критерії;
- часткове обмеження дієздатності;
- опікунство;
- піклування;
- практику призначення судово-психіатричної експертизи у цивільному процесі;

уміти:

- вирішувати питання призначення судово-психіатричної експертизи у цивільному процесі;
- формулювати питання для судового експерта-психіатра у цивільних справах.

Методичні рекомендації для підготовки до теми заняття

Приставаючи до вивчення теми, слід звернути увагу на значення судово-психіатричної експертизи у встановленні дійсного та адекватного волевиявлення громадянина, в визнанні або невизнанні його здатності до адекватного волевиявлення.

Потім приступають до вивчення питань правоздатності. З'ясовують юридичний зміст поняття «правоздатність» (ст. 25 ЦК України) та визначення правоздатності громадян щодо визнання їх прав на майно у особисте користування, успадковувати та заповідати, обирати рід заняття та місце проживання і т.д. (ст. 26 ЦК України). Розглядають зміст дієздатності (ст. 30 ЦК України) та звертають увагу на особливості визначення дієздатності у віці до 14 років та від 14 до 18 років. З'ясовують основні приводи встановлення частково обмеженої дієздатності.

Потім приступають до вивчення питання недієздатності. Спочатку визначають юридичний зміст поняття «недієздатність» та медичного і юридичного критеріїв недієздатності (ст. 39 ЦК України). Особливу увагу звертають на принципи юридичні розбіжності між недієздатністю та неосудністю.

Далі необхідно розглянути порядок розгляду судом рішення про визнання особи недієздатною (подання до суду з боку родичів, державних, громадських та медичних установ, обов'язкова участь у судовому засіданні прокура, представників органів опіки та піклування і т.д.).

Звертають увагу на можливість часткового обмеження дієздатності чинним законодавством України щодо осіб, які зловживають спиртними напоями та наркотичними речовинами (ст. 38 ЦК України).

Ретельно розглядають питання призначення судово-психіатричної експертизи щодо визнання осіб недієздат-

ними за психічним станом та встановлення над ними опікунства (ст. 55 ЦК України). З'ясовують приводи встановлення над дієздатними особами піклування, якщо вони за станом здоров'я не можуть самостійно здійснювати свої права та виконувати свої обов'язки (старечий вік; інваліди, які не здатні до пересування; неповнолітні; особи з обмеженою дієздатністю із-за зловживання алкоголем та наркотиками і т.д.).

На завершення розглядають практику призначення судово-психіатричної експертизи в цивільному процесі в окремих справах (визнання угоди недійсною, розірвання та невиконання шлюбу, відшкодування заподіяної шкоди, у справах про відібрання дітей і т. д.).

Конспект навчального матеріалу

Судово-психіатрична експертиза в цивільному процесі частіше вирішує питання про дієздатність, а ніж питання осудності і направлена на захист цивільних прав і інтересів осіб з психічними розладами, які є учасниками цивільного процесу.

У цивільному праві України строго розрізняють два поняття – *правоздатність* і *дієздатність*.

Правоздатність

Стаття 25 ЦК України свідчить про те, що правоздатність громадянина це здатність мати цивільні права і обов'язки, які визнається в однаковій мірі за всіма громадянами України. Правоздатність громадянина виникає з моменту народження і припиняється з його смертю.

Зміст *правоздатності* розкривається в ст. 26 ЦК України, яка свідчить, що громадяни можуть мати майно в особистій власності, право користування житловими приміщеннями і іншим майном, успадковувати і заповідати майно, вибирати рід занять і місце мешкання і ін.

При цьому, незалежно від того хворіє людина на психічну хворобу або здорова вона в усіх відношеннях, права людини

Судово-психіатрична експертиза у цивільному процесі

зберігаються завжди і припиняються тільки із смертю.

Дієздатність

Згідно ст. 30 ЦК України під дієздатністю розуміють здатність громадянина своїми діями набувати і здійснювати цивільні права, створювати для себе громадські обов'язки і виконувати їх.

Цивільна дієздатність в повному об'ємі виникає з настанням *повноліття*, тобто після досягнення 18-річного віку. Громадянин, який не досяг 18 років, стає дієздатним в повному об'ємі з моменту вступу в шлюб.

Проте, дієздатність не тільки має вікове обмеження, але припускає наявність у суб'єкта такого психічного стану, який забезпечує йому здатність розуміти значення своїх дій і керувати ними.

Недієздатність

Отже, наявність у людини психічних розладів, виключає в тій чи іншій мірі здатність розуміти значення своїх дій і керувати ними, що вказує на *недієздатність* (ст. 39 ЦК України).

Порядок визнання фізичної особи недієздатною встановлюється Цивільним процесуальним кодексом України.

Якщо суд відмовить у задоволенні заяви про визнання особи недієздатною і буде встановлено, що вимога була заявлена недобросовісно без достатньої для цього підстави, фізична особа, якій такими діями було завдано моральної шкоди, має право вимагати від заявника її відшкодування.

Згідно з ст. 40. ЦК України, вказано момент визнання фізичної особи недієздатною:

Фізична особа визнається недієздатною з моменту набрання законної сили рішення суду про це.

Якщо від часу виникнення недієздатності залежить визнання недійсним шлюбу, договору або іншого правочину, суд з урахуванням висновку судово-психіатричної експертизи та інших доказів щодо психічного стану особи може ви-

значити у своєму рішенні день, з якого вона визнається недієздатною.

Правові наслідки визнання фізичної особи недієздатною (ст. 41 ЦК України):

1. Над недієздатною фізичною особою встановлюється опіка.

2. Недієздатна фізична особа не має права вчиняти будь-якого правочину.

3. Правочини від імені недієздатної фізичної особи та в її інтересах вчиняє її опікун.

4. Відповідальність за шкоду, завдану недієздатною фізичною особою, несе її опікун.

Важливо відзначити, що особи, визнані судом недієздатними, не втрачають своїх прав на володіння майном, на його спадкоємство за заповітом і так далі, але вступати в права спадкоємства, дарувати, заповідати, продавати вони можуть лише через посередство і з відома опікуна.

Для визнання особи недієздатною необхідна наявність: *медичного і юридичного* критеріїв.

До *медичного* критерію відноситься наявність психічного захворювання або недоумства, а до *юридичного* – відсутність здатності розуміти значення своїх дій (*інтелектуальний компонент*) або керувати ними (*вольовий компонент*). Тобто як і у випадку з визначенням неосудності.

КРИТЕРІЇ НЕДІЄЗДАТНОСТІ (СТ.39 ЦК УКРАЇНИ):

• МЕДИЧНИЙ

- хронічне психічне захворювання;
- недоумство;
- інші хворобливі стани психіки.

• ЮРИДИЧНИЙ

- неможливість усвідомлювати свої дії (бездіяльність) або керувати ними.

Судово-психіатрична експертиза у цивільному процесі

Проте існують відмінності між недієздатністю і неосудністю:

1. Медичний критерій недієздатності не включає поняття «тимчасового розладу психічної діяльності», яке є одним з умов неосудності. Це пов'язано з тим, що на відміну від осудності дієздатність пов'язана із здатністю до планомірної розсудливої діяльності впродовж більш-менш тривалого часу, а осудність завжди відноситься до якого-небудь конкретного діяння, яке іноді може бути здійснене протягом дуже короткого періоду часу.

2. При вирішенні питання осудності-неосудності експерт оцінює психічний стан особи ретроспективно, тобто по відношенню на момент скоєння злочину. А у випадку про визнання особи недієздатною оцінюється її психічний стан в сьогоденні і майбутньому.

3. Людина, яка визнана недієздатною внаслідок хронічного психічного захворювання з несприятливим прогнозом ймовірно буде визнана і неосудною при здійсненні суспільно небезпечної дії. Але, визнання особи неосудною при здійсненні будь-якого суспільно небезпечного діяння не обов'язково є і визнання її недієздатною.

Умови, необхідні для ухвалення судом рішення про недієздатність громадянина

1. Клопотати перед судом можуть члени сім'ї хворої людини, профспілкові і суспільні організації, прокурор, органи опіки і опікування, психіатричні лікарні.

2. У заяві повинні бути вказані обставини, які свідчать про наявність у неї психічного розладу, із-за якого громадянин не може розуміти значення своїх дій і керувати ними.

3. Дані справи розглядаються судом з обов'язковою участю прокурора, органу опіки і опікування.

4. Виклик в судове засідання самого хворого визначається станом здоров'я.

5. Суд за наявності достатніх даних про психічну хворобу або недоумства призначає для визначення його психічного

стану судово-психіатричну експертизу.

6. Якщо людина видужує або стан її поліпшується, то за заявою родичів, опікуна або державних і суспільних організацій суд знов призначає експертизу і на підставі її висновку дієздатність може бути судом відновлена і опіка скасована.

Часткове обмеження дієздатності

Законодавство України припускає можливість часткового обмеження дієздатності осіб, які зловживають спиртними напоями або наркотичними речовинами (ст. 38 ЦК України). Таким особам призначається опікун, без згоди якого вони не можуть укладати операції по розпорядженню майном, а також отримувати заробітну плату, пенсію або інші види доходів, розпоряджатися ними (за винятком дрібних побутових). Якщо такі особи припиняють зловживати спиртними напоями або наркотиками, то суд відміняє обмеження дієздатності.

Опіка

Найчастіше судово-психіатрична експертиза призначається для визначення психічного стану особи у справах про визнання його недієздатним і необхідності встановлення над ним опіки (ст. 239 ЦК України).

Опіка встановлюється над особами, які визнані судом недієздатними внаслідок психічного захворювання або недомства з метою захисту їх особистих і майнових прав.

Порушення справи перед судом в цих випадках може відбуватися за клопотанням родичів, громадських організацій і інших осіб. Опікуни від імені і на користь підопічних здійснюють їх права і обов'язки.

Опікування встановлюється над дієздатними повнолітніми особами, якщо вони за станом здоров'я не можуть самостійно здійснювати свої права і виконувати свої обов'язки (старечий вік; інвалід, нездатний до пересування або паралізований; над неповнолітніми у віці 15-17 років і над особами,

Судово-психіатрична експертиза у цивільному процесі

обмеженими судом в дієздатності із-за зловживання спиртними напоями або наркотиками. Опікуни сприяють цим особам при здійсненні ними прав і обов'язків.

Судово-психіатрична експертиза в цивільному процесі найбільш часто призначається в таких випадках:

1. Позов про визнання майнової операції недійсною.
2. Позов про визнання шлюбу недійсним.
3. Позов про розірвання шлюбу.
4. Позов про відшкодування заподіяної шкоди.
5. Позов у справі про відібрання дітей, якщо один з батьків або обидва хворі на психічну хворобу.
6. У будь-якій цивільній справі, якщо виникають сумніви в психічній повноцінності позивача, відповідача або свідка.

Судово-психіатрична експертиза визнання операції недійсною

Виникає у зв'язку з купівлею-продажем, обміном житловою площею, актами дарування, заповіту і ін.

Згідно статті 225 ЦК України операція визнається недійсною, якщо вона здійснена громадянином хоча і дієздатним, але у момент здійснення операції знаходився в такому стані, коли він не міг розуміти значення своїх дій і керувати ними.

При цьому, слід мати на увазі, що виникнення психічної хвороби після того, як була здійснена операція або заподіяна шкода іншій особі (установі), не дає підстав вважати, що в той період часу громадянин не міг розуміти значення своїх дій або керувати ними.

Судово-психіатрична експертиза в справі про визнання шлюбу недійсним

Сімейний кодекс України, не допускає укладання шлюбу з особою, яка визнана судом недієздатною.

Шлюб може бути визнаний недійсним і в тих випадках, коли згода на нього була дана особою, яка у момент реєстрації шлюбу внаслідок психічного розладу не могла розуміти

значення своїх дій або керувати ними (ст. 39 СК України).

Проводячи судово-психіатричну експертизу у вказаних випадках, необхідно встановити:

1. Чи страждала людина у момент вступу до шлюбу психічним розладом.
2. Чи був цей психічний розлад настільки вираженим, що позбавляло цю людину можливості розуміти значення своїх дій або керувати ними.

Судово-психіатрична експертиза в справі про розірвання шлюбу

Наявність у одного або обох подружжя психічного розладу само по собі не є підставою для розірвання шлюбу.

Проте, суд враховує особливості психічного розладу у одного або обох подружжя, якщо ці особливості можуть перешкоджати їх подальшому сумісному життю.

Якщо один з подружжя, який страждає на психічний розлад, визнаний недієздатним, то розірвання з ним шлюбу проводиться за заявою іншої особи в органах Загсу (ст. 107 СК України).

В тих випадках, коли є розбіжності з приводу майна або дітей, суперечки розглядаються в суді.

Таким чином, якщо при визнанні шлюбу недійсним вирішальне значення для експертного висновку має тяжкість психічних розладів у момент укладення шлюбу, то при розірванні браку експерт повинен виходити з оцінки психічного стану на майбутнє.

Судово-психіатрична експертиза в справах про відшкодування заподіяної шкоди

При розгляді судом позову про відшкодування заподіяної шкоди основним завданням судово-психіатричної експертизи є ретроспективна оцінка психічного стану громадянина у момент спричинення ним шкоди.

Якщо громадянин визнаний недієздатним, то за заподі-

Судово-психіатрична експертиза у цивільному процесі

яну ним шкоду відповідає його опікун або організація, яка зобов'язана вести за ним нагляд.

Не відповідає також за заподіяну шкоду громадянин дієздатний, але який знаходився в такому стані, коли він не міг розуміти значення своїх дій або керувати ними.

Проте, він не звільняється від відповідальності, якщо сам привів себе в такий стан вживанням алкоголю, наркотичних речовин або іншим способом.

Судово-психіатрична експертиза при розгляді суперечок про обмеження батьківських прав або про відбирання дитини

При вирішенні цього питання експерти повинні визначити:

- чи може обстежуваний за своїм психічним станом виховувати дітей;
- чи небезпечний він для своєї дитини при сумісному з ним мешканні.

Вирішення цього питання не слід змішувати зі справами про позбавлення батьківських прав. Суд позбавляє батьківських прав особу, яка винна в невиконанні своїх батьківських обов'язків по вихованню дітей. А при глибокому психічному розладі винність даної особи виключається. У цих випадках суд приймає рішення про відбирання дитини без позбавлення батьківських прав.

Контрольні питання

1. Правоздатність.
2. Юридичний зміст поняття дієздатності.
3. Дієздатність неповнолітніх у віці до 14 років.
4. Дієздатність неповнолітніх у віці від 14 до 18 років.
5. Недієздатність та її критерії.
6. Недієздатність та неосудність.
7. Порядок розгляду судом рішення про визнання особи недієздатною.

8. Часткове обмеження дієздатності.
9. Опіка.
10. Судово-психіатрична експертиза у справі визнання угоди недійсною.
11. Судово-психіатрична експертиза у справі про розірвання та невизнання шлюбу.
12. Судово-психіатрична експертиза у справі відшкодування заподіяної шкоди.
13. Судово-психіатрична експертиза у справах про обмеження батьківських прав.

Ситуаційні завдання

1. Опікун недієздатної психічно хворої особи звернувся до відділу соціального забезпечення з проханням надати йому путівку для опікуваного хворого в психоневрологічний будинок-інтернат (установа для соціального забезпечення). Як має вирішуватися це питання?

2. Мати, яка виховувала дитину 14 років, захворіла на хронічну психічну хворобу. Чи потрібно проводити судово-психіатричну експертизу у справі про обмеження або відібрання батьківських прав хворої жінки?

Тестові завдання

Виберіть одну правильну відповідь

1. Що таке дієздатність?
 - а) здатність громадянина мати цивільні права та обов'язки;
 - б) здатність громадянина своїми діями набувати цивільних прав і створювати обов'язки ;
 - в) здатність громадянина відповідати за свої дії.

Судово-психіатрична експертиза
у цивільному процесі

2. Що таке правоздатність?
- а) здатність громадянина мати цивільні права та обов'язки;
 - б) здатність громадянина своїми діями набувати цивільних прав і створювати обов'язки;
 - в) здатність громадянина відповідати за свої дії.
3. На чому ґрунтується дієздатність особи?
- а) на віці громадянина;
 - б) на віці і визначенні психічного стану;
 - в) на визначенні тільки психічного стану суб'єкта.
4. Ким призначається судово-психіатрична експертиза для встановлення психічного стану особи?
- а) головою комісії, який проводить судово-психіатричну експертизу;
 - б) головним лікарем лікувально-психіатричної установи;
 - в) судом.
5. Куди заноситься усне пояснення експерта щодо висновку судово-психіатричної експертизи?
- а) в протокол судового засідання;
 - б) в журнал судового засідання.
6. Чи є обов'язковими висновки експерта для суду?
- а) обов'язковим у всіх випадках;
 - б) обов'язковим, якщо судово-психіатрична експертиза вказала на хронічний психічний розлад осіб;
 - в) не обов'язковим, і оцінюється судом за внутрішнім переконанням.
7. Кому направляє суд особу після винесення ухвали про недієздатність?
- а) органу опікування;
 - б) виконавчому комітету;
 - в) родичам особи і членам його сім'ї.

8. Якщо хворому не призначено опікуна, хто несе відповідальність за заподіяну ним шкоду?

- a) орган опіки і піклування;
- b) відповідальність виключається;
- c) психіатрична установа, в якій хворий перебуває на обліку.

9. На підставі чого здійснюється відміна рішення суду про визнання особи недієздатною?

- a) відповідного висновку судово-психіатричної експертизи;
- b) за заявою опікуна або органу опіки і піклування;
- c) відповідного висновку судово-психіатричної експертизи і заяви опікуна або органу опіки та піклування.

10. Хто несе відповідальність за завдану шкоду психічним хворим?

- a) опікун хворого;
- b) психіатрична лікарня;
- c) державні органи влади.

11. Коли настає повна дієздатність особи?

- a) з 14 років;
- b) з 16 років;
- c) з 18 років.

12. Який віковий період особи характеризується неповною дієздатністю?

- a) до 14 років;
- b) від 14 до 18 років;
- c) з 18 років.

13. Який віковий період особи характеризується частковою дієздатністю?

- a) до 14 років;
- b) від 14 до 18 років;
- c) з 18 років.

Судово-психіатрична експертиза
у цивільному процесі

14. Оцініть правильність цього твердження: «Дієздатність фізичної особи може бути поновлена у разі припинення зловживання спиртними напоями, наркотичними засобами, токсичними речовинами тощо»

- a) правильно
- b) неправильно

15. Оцініть правильність цього твердження: «Ніхто не може бути обмежений у дієздатності інакше як за рішенням суду»

- a) правильно;
- b) неправильно.

16. Оцініть правильність цього твердження: «Фізична особа може бути визнана недієздатною у зв'язку з тим, що особа хворіє на психічний розлад, який має стійкий хронічний характер, внаслідок чого не здатна усвідомлювати значення своїх дій та (або) керувати ними»

- a) правильно;
- b) неправильно.

17. Оцініть правильність цього твердження: «Особа у віці до 14 років може вчиняти лише дрібні побутові правочини, а також здійснювати особисті немайнові права на результати інтелектуальної, творчої діяльності»

- a) правильно;
- b) неправильно.

18. Оцініть правильність цього твердження: «Особа у віці від 14 до 18 років має право розпоряджатися своїм заробітком, стипендією або іншими доходами та укладати договір банківського вкладу та розпоряджатися коштами на рахунку»

- a) правильно;
- b) неправильно.

19. Оцініть правильність цього твердження: «Сімейний кодекс України не допускає укладення шлюбу з особою, визнаною судом недієздатною»

- а) правильно;
- б) неправильно.

20. Чи є обов'язковою підставою для розірвання шлюбу наявність у одного або обох подружжя психічного розладу?

- а) так;
- б) ні.

Рекомендова література

Базова

1. Жабокрицький С. В., Чуприков А. П. Судова психіатрія : навч. посіб. Київ : МАУП, 2004. 176 с.

2. Кримінальний кодекс України : Закон України від 05.04. 2001 № 2341-III. Дата оновлення: 14.11.2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14#Text> (дата звернення: 06.12.2020).

3. Кримінальний процесуальний кодекс України : Закон України від 13.04. 2012 № 4651-VI. Дата оновлення: 11.09.2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4651-17#Text> (дата звернення: 06.12.2020).

4. Левенець І.В. Судова психіатрія: підручник. Тернопіль: Економічна думка, 2005. 328 с.

5. Про Національну поліцію : Закон України від 02.07.2015 № 580-VIII. Дата оновлення: 22.10.2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/580-19#Text> (дата звернення: 06.12.2020).

6. Про психіатричну допомогу : Закон України від 22.02.2000 № 1489-III. Дата оновлення: 20.12.2018. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14#Text> (дата звернення: 06.12.2020).

7. Про судову експертизу: закон України від 25.02.1994 № 4038-XII. Дата оновлення: 03.07.2020. URL:

Судово-психіатрична експертиза у цивільному процесі

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4038-12#Text> (дата звернення: 06.12.2020).

8. Сімейний кодекс України : Закон України від 10.01.2002 № 2947-III. Дата оновлення: 03.07.2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2947-14#Text> (дата звернення: 06.12.2020).

9. Судова медицина і судова психіатрія : навч.-метод. посіб. / Нетудихатка О. Ю. та ін. ; Одеса : Юридична література, 2013. 93 с.

10. Цивільний кодекс України : Закон України від 16.01.2003 № 435-IV. Дата оновлення: 16.10.2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15#Text> (дата звернення: 06.12.2020).

11. Цивільний процесуальний кодекс : Закон України від 18.03.2004 № 1618-IV. Дата оновлення: 13.08.2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1618-15#Text> (дата звернення: 06.12.2020).

Допоміжн

1. Березанцев А. Ю. Судебная психиатрия : учебник для академического бакалавриата. Москва : Юрайт, 2016. 512 с.

2. Жариков Н.М. Судебная психиатрия : учебник. Изд. 4-е, перераб. и доп. Москва : Норма, 2008. 550 с.

3. Завязкіна Н.В. Обмежена осудність та обмежена дієздатність: засади клініко-психологічної діагностики в судовій експертології : монографія. Київ : Компринт, 2018. 317 с.

НЕРВОВА СИСТЕМА ТА ВИЩА НЕРВОВА ДІЯЛЬНІСТЬ. ПОНЯТТЯ ПРО ПСИХІЧНІ ХВОРОБИ. СИМПТОМИ ТА СИНДРОМИ ПСИХІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

МЕТА: вивчити анатомо-фізіологічну будову нервової системи та принципи вищої психічної діяльності; вирізняти основні психо-емоційні стани при дії різних стресових чинників; ознайомитися з класифікацією психічних захворювань, особливостями їх перебігу та вивчити симптоми та синдроми психічних розладів.

Основні поняття: вища психічна діяльність, головний та спинний мозок, нейрон, рефлекс, безумовне та умовне гальмування, перша та друга сигнальні системи, психопатологічний симптом, ілюзії, галюцинації, нав'язливі стани, надцінні ідеї, марення, дисфорія, амнезія, клептоманія, дромоманія, піроманія.

За результатами вивчення теми здобувач вищої освіти повинен:

знати:

- загальну будову центральної нервової системи;
- поняття про вищу психічну діяльність (і.п. павлов) та принципи її функціонування;
- поняття про психічні хвороби;
- класифікацію психічних захворювань;
- симптоми та синдроми психічних захворювань;

уміти:

- аналізувати психічний стан потерпілого, підозрюваного та інших учасників процесу;

– розрізнявати симптоми та синдроми психічних захворювань.

Методичні рекомендації для підготовки до теми заняття

Спочатку необхідно визначити роль центральної нервової системи для життєдіяльності організму людини (адаптація до зовнішнього середовища, об'єднуюча функція), розглянути будову головного мозку: зовнішню – оболонку (тверда, павутинна, судинна), відділів (кінцевий, проміжний, середній, задній, довгастий мозок), частин (великі півкулі, мозочок та мозковий стовбур), часток (лобова, потилична, тім'яна, скронева) і внутрішню – нюховий мозок, базальні ядра (підкірка) і кору головного мозку та локалізацію в них життєво важливих функцій.

Далі необхідно вивчити вчення про вищу нервову діяльність (І.П. Павлов), рефлекторну діяльність кори головного мозку, умови формування безумовних та умовних рефлексів, процеси збудження та гальмування в корі великого мозку та їх співвідношення. Особливу увагу звернути на формування першої (виникнення рефлексів внаслідок безпосереднього контакту людини з різними подразниками навколишнього середовища, які надходять від різних рецепторів – зорових, слухових та ін.) та другої (вироблення умовних рефлексів на “слово”, як фізіологічної основи мови та мислення людини) сигнальних систем та їх функціональний зв'язок.

Далі треба визначити поняття про психічні хвороби. Вивчити основні причини виникнення психічних захворювань (інфекція, інтоксикація, розлад діяльності залоз внутрішньої секреції, порушення обміну речовин, травми головного мозку, генетичні чинники та ін.). Також звернути увагу на міжнародну класифікацію психічних та поведінкових розладів, особливості перебігу психічних хвороб (стадія передвісників, початкова та розгорнута стадії) та їх прогноз.

Наприкінці треба вивчити психопатологічні відхилення. З'ясувати поняття «симптом» та «синдром» та основні види порушень психічних процесів: у сфері сприйняття (ілюзії, галюцинації), мислення (порушення темпу та змісту мислення (нав'язливі стани, надцінні ідеї, марення), емоцій (ейфорія, депресія, страх), волі (підвищення або зниження вольової діяльності), пам'яти (амнезія).

Конспект навчального матеріалу

Будова нервової системи

В основі психічної діяльності людини лежать нервові процеси, які протікають в головному мозку. Порушення цих процесів призводить до виникнення психічних захворювань. Для того, щоб розпізнати їх, необхідно знати будову і функціонування нервової системи.

Нервова система відноситься до інтегруючих систем, тобто об'єднує всі інші системи організму і регулює їх діяльність. Крім того, нервова система пристосовує організм до умов зовнішнього середовища.

За *топографією* нервова система ділиться на центральну і периферичну. До центральної нервової системи відносять головний мозок (знаходиться в порожнині черепа) і спинний мозок (розташований в хребетному каналі). До периферичної нервової системи відносяться нерви, які виходять з головного і спинного мозку (черепномозкові і спинномозкові нерви).

За *функцією* нервова система підрозділяється на соматичну нервову систему (призводить у дію м'язи і суглоби) і вегетативну нервову систему (регулює діяльність внутрішніх органів). Вегетативна нервова система, у свою чергу, підрозділяється на симпатичну нервову систему, яка загалом активізує організм і на парасимпатичну нервову систему, яка заспокоює, уповільнює роботу внутрішніх органів.

Структурною одиницею нервової системи є нервова клітина - *нейрон*. Вона має тіло і відростки, які сполучають її з іншими нервовими клітинами. По відростках через тіла нервових клітин проходять нервові імпульси, які несуть інформацію про роботу того або іншого органу.

Головний і спинний мозок покриті трьома оболонками: зовнішньою твердою, павутинною і м'якою (судинною), яка безпосередньо прилягає до мозку. Між оболонками знаходяться простори, заповнені прозорою спинномозковою рідиною, яка виконує захисну і живильну функцію.

До складу головного мозку входять великі півкулі, мозочок і стовбур мозку. Всередині головного мозку знаходяться порожнини, які сполучаються між собою і заповнені спинномозковою рідиною, їх називають шлуночками.

Великі півкулі мозку складаються з приблизно 14 млрд. нервових клітин, які утворюють кору головного мозку. Вона покриває зовні головний мозок. Великі півкулі розділені на частки: лобову, тім'яну, скроневу і потиличну частку. Вони відмежовані одна від одної борознами.

Кора головного мозку – це найбільш складно влаштований відділ головного мозку. В корі розташовуються життєво важливі центри: такі як центр зору (у потиличній частці), центр слуху (у скроневої частці), центр мови (у лобовій частці) і т. д.

Безпосередньо з корою головного мозку пов'язана і свідома психічна діяльність людини.

Глибше під корою знаходяться *підкіркові ядра* (це центри підсвідомої діяльності). За допомогою цих структур здійснюються вроджені складні форми діяльності, які називаються *інстинктами* (харчовий, статевий і ін.), а також обумовлюють елементарні емоції. Проте, сильний гальмуючий вплив на діяльність підкіркових ядер здійснює кора головного мозку. Тут можна відзначити, що алкоголь (особливо у великих дозах) знімає цей гальмівний вплив кори головного мозку і це позначається в гіршу сторону на поведінці людини (виявляються нижчі інстинкти і негативні емоції – агресія).

Що стосується *стовбурної частини* головного мозку, то в ній розташовуються центри дихання, серцевій діяльності, центр обміну речовин.

Мозочок відповідає за координацію рухів, регуляцію рівноваги і м'язового тону.

У *спинному мозку* знаходяться центри нижчих природжених рефлексів.

Вища нервова діяльність

Поняття вищої нервової діяльності запропоноване в науці видатним фізіологом І.П. Павловим. Психічна діяльність людини є формою нервової діяльності.

Здійснюється нервова діяльність за допомогою рефлексів. *Рефлекс* – це відповідна реакція організму на зовнішні і внутрішні подразнення. Рефлекси підрозділяються на *безумовні* (вроджені) і *умовні* (придбані в процесі виховання). *Безумовні* (вроджені) рефлекси забезпечують грубе пристосування організму до зовнішнього середовища. За рахунок безумовних рефлексів регулюється нормальна робота серця, органів дихання, травлення і т. д. До розряду складних, вищих вроджених рефлексів відносяться так звані *інстинкти*, такі наприклад, як харчовий, статевий, захисний, батьківський.

Проте, одних вроджених рефлексів недостатньо для існування організму в умовах постійного навколишнього середовища, що змінюється.

Тому в процесі життя організм у відповідь на зовнішні і внутрішні подразники на базі вже вроджених рефлексів виробляє нові рефлекси, які називаються умовними (виховними). З їх допомогою відбувається більш тонке пристосування організму до умов навколишнього середовища.

Здійснюється нервова діяльність на основі двох безперервно протікаючих і взаємодіючих між собою процесів – *збудження* і *гальмування*. Утворення умовних рефлексів відбувається в результаті збудження, яке виникає під дією зовнішніх

подразників (звук, світло і т. д.). При формуванні умовних рефлексів в різних ділянках кори головного мозку виникають вогнища збудження між якими встановлюються тимчасові зв'язки. Як процес збудження, так і процес гальмування можуть відрізнитися різною рухливістю і надовго затримуватися в окремих областях кори мозку.

Велике значення для вивчення вищої нервової діяльності має вид гальмування. Прийнято розрізняти два види гальмування: 1) *безумовне (зовнішнє)* – воно властиве всім відділам ЦНС, і 2) *умовне (активне)* гальмування, яке спостерігається тільки в корі головного мозку.

Особливо важливим для розуміння процесів вищої психічної діяльності є *умовне гальмування*, яке піддається постійному тренуванню і вдосконаленню разом із зростанням і розвитком людини, тобто в процесі набуття життєвого досвіду.

Під впливом виховних, суспільних, соціальних вимог людина в процесі зростання і розвитку поступово навчається активно керувати гальмівним процесом в своїй життєдіяльності, свідомо загальмовувавши виконання деяких своїх бажань (наприклад, несумісних із загальноприйнятою мораллю) і свідомо здійснювати ті дії, які треба здійснювати.

Починаючи з раннього віку, умовні рефлексії, які послідовно виробляються, поступово ускладнюються.

У людини виникають відчуття, враження і уявлення як на безпосередні подразники, так і на людське СЛОВО. У першому випадку це позначається як *перша сигнальна система*, а в другому – як *друга сигнальна система*. Завдяки другій сигнальній системі людина здатна спілкуватися, абстрактно міркувати, висловлювати загальні відвернуті уявлення і поняття. Це є виключно людське, вище мислення, яке пов'язане з функцією мови, а також спілкуванням.

Таким чином, досвід, який людина набуває протягом життя, відбивається і відображається в другій сигнальній системі. Проте, обидві системи сигналів існують в нерозривному зв'язку і взаємодіють одна з одною.

*Порушення вищої нервової діяльності
при психічних захворюваннях*

Роль надзвичайних подразників у виникненні психогенних порушень вищої нервової діяльності.

Виникнення психічних порушень майже завжди пов'язане з дією на нервову систему (тобто психіку) людини надмірних за силою подразників. Це призводить до порушення процесів збудження і гальмування в корі головного мозку.

При дії надзвичайно сильних подразників, особливо загрозливих життю, може розвинутися або загальне гальмування всієї кори великих півкуль, або – психогенне збудження.

Загальна загальмованість виявляється раптово і проявляється повною знерухомленістю людини (*реактивний ступор*). Цей стан триває від декількох хвилин до декількох годин, і супроводжується пітливістю і глибоким потьмаренням свідомості, після якого людина не може нічого пригадати.

Навпаки, *психомоторне збудження* виявляється раптовим, хаотичним, безглуздим неспокоєм (безладні рухи рук, з криками, іноді безглузда втеча) і супроводжується прискореним серцебиттям, різким зблідненням або почервонінням шкіри, пітливістю. Також при цьому хворий не може пригадати що з ним відбувалося.

Зокрема, гострі шоківі реактивні психози виникають під впливом раптової і дуже сильної психічної травми, частіше при масових катастрофах (землетрус, пожежа, повінь, транспортні катастрофи і т. д.).

При менш глибокому, але достатньо сильному гальмуванні, яке не охоплює всю кору головного мозку, розвиваються різні форми реактивних станів (істеричний синдром, стан зміненого стану і мовної сплутаності, гострі психози страху).

При *гострих психозах страху* основною ознакою стає панічний, нестримний страх. Іноді, при цьому, психомоторне

збудження змінюється загальмованістю, хворі як би застигають в позі, яка виражає жах, відчай. Такий стан зазвичай зникає через декілька днів, але надалі всяке нагадування про травмуюче переживання може знову спровокувати напад страху.

У психічно хворих осіб можуть спостерігатися *галюцинації* (сприйняття, які виникають за відсутності реального об'єкту), причиною яких можуть бути інертність, застійність процесу збудження, який може локалізуватися або на рівні першої сигнальної системи (і тоді у хворого виникають зорові, нюхові і інші галюцинації), або на рівні другої сигнальної системи (і тоді у хворого мають місце словесні галюцинації – він чує голоси, які йому загрожують або сміються над ним і т. д.).

В основі *нав'язливих переживань* (хворі з неврозом нав'язливих станів, шизофренією, психастенією) лежить патологічна інертність, малорухливість процесу збудження в тих ділянках кори головного мозку, які відповідальні за відчуття, сприйняття і уявлення.

ПСИХІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ називають порушення життєдіяльності організму людини, в першу чергу, які супроводжуються розладом психічної діяльності.

Класифікація психічних захворювань

1. Психічні хвороби в результаті загальних інфекцій (тиф, грип, малярія і ін.)
2. Психічні хвороби в результаті запалення головного мозку (енцефаліт, менінгіт, сифіліс мозку і ін.)
3. Психічні хвороби в результаті неінфекційних захворювань (захворювання внутрішніх органів, обміну речовин і ін.).
4. Інтоксикаційні психози (отруєння алкоголем, наркотиками і іншими отрутами).
5. Психічні хвороби в результаті черепно-мозкових травм.

6. Психічні хвороби в результаті ураження судин головного мозку (атеросклероз).

7. Психічні хвороби в результаті виникнення пухлин головного мозку.

8. Старече недоумство.

9. Психічні розлади внаслідок психічних травм.

10. Психічні захворювання невстановленої природи, які передаються спадково (шизофренія, епілепсія, маніакально-депресивний психоз).

Особливості перебігу психічних захворювань

В перебігу психічних хвороб розрізняють декілька стадій:

- *стадію передвісників* – характерні загальні симптоми: нездужання, головний біль, дратівливість, тривожність, зниження працездатності;

- *початкову стадію* – вже виявляються основні симптоми захворювання, характерний початок (раптово або поступово);

- *період розгорнутої картини захворювання* – повний прояв захворювання з подальшим одужанням або з безперервним прогресуючим погіршенням стану (шизофренія, сифіліс мозку, психічні розлади на ґрунті атеросклерозу судин головного мозку – у людей похилого віку).

В психіатрії розрізняють декілька основних видів порушень психічних процесів:

- порушення сприйняття;
- порушення мислення;
- порушення пам'яті;
- порушення емоцій;
- порушення вольових процесів.

Розлади сприйняття

Сприйняття – це психічний процес, який відображає початковий етап пізнавальної діяльності, за допомогою якого відбиваються як окремі властивості явищ і предметів, так і їх цілісні образи.

Сприйняття складається з відчуття і уявлення (уявного образу).

1. Посилення (*гіперестезія*) або ослаблення (*гіпостезія*) подразників (звичайний звук може здаватися дуже гучним, світло – дуже яскравим, запах – різким), які надходять ззовні. Такі порушення можуть спостерігатися і у здорових людей, наприклад, після перевтоми, під час вагітності і т. д.

2. Збочене сприйняття відчуттів, які виходять із власного тіла (відчуття поколювання, тиску, перевертання всередині живота, грудей і ін.) – *сенестопатія*.

3. Спотворене сприйняття реально існуючих предметів – *ілюзії*. Ілюзії можуть бути також у здорових людей (наприклад, оптичний феномен – ложка в стакані води здається зламаною, пальто, яке висить, в темному коридорі можна прийняти за людину, яка стоїть).

4. *Галюцинації* – сприйняття, які виникають без реального об'єкту. Галюцинації, як і ілюзії, підрозділяються відповідно органам почуттів (зорові, слухові, нюхові і ін.).

Розлади мислення

Мислення – це психічний процес, за допомогою якого людина має можливість зіставляти уявлення про предмети, виробляти поняття, думки і висновки.

Мислення – є основною частиною інтелекту (розуму) і представляє вищу форму психічної діяльності людини.

Порушення темпу мислення

- *прискорення мислення* – швидка мова, втрачається зв'язок між окремими фразами і словами (при маніакальному синдромі);

- *уповільнення мислення* – одноманітна, тягуча мова з великими паузами (депресивний синдром);
- *в'язкість мислення* – втрачається здатність виділити головне і другорядне, загострення уваги на дрібних деталях (епілепсія);
- *резонанс* – схильність до непотрібних, порожніх міркувань, безплідного мудрування (шизофренія);
- *розірване мислення* - порушення логічної послідовності міркувань. Мова стає безглуздою і складається з окремих слів, вигуків (шизофренія);
- *Персеверація мислення* – таке порушення мислення, коли у особи тривалий час переважає якась одна думка або одне уявлення. При правильній відповіді на перше питання на всі подальші хворий надає таку саму відповідь.

Порушення змісту мислення

Такі порушення діляться на три групи:

- *нав'язливі стани*;
- *надцінні ідеї*;
- *марення*.

Нав'язливі стани – це такі думки і дії, непотрібність яких хворий розуміє, але позбутися їх не може (шизофренія, невроз нав'язливих станів).

Нав'язливість не завжди є ознакою психічного захворювання (наприклад, мотив популярної пісні, яка прив'язалась).

Однією з форм нав'язливих станів є *нав'язливі страхи* (фобії). Існує велика кількість фобій, наприклад, страх висоти, страх відкритих (або закритих) просторів, страх захворюти якою-небудь хворобою і т.д.

Крім того, до нав'язливих станів відносять *нав'язливі контрастні бажання*, коли у хворої людини з'являється бажання зробити щось таке, що не відповідає обстановці (тобто зробити недозволене): засміятися на похоронах, непристойно висловитися в пристойній компанії і т. д.

Надцінні ідеї – це переконання, які виникають під впливом реальної ситуації і набувають надмірно важливого значення – в першу чергу це ідеї ревнощів, подружній невірності і т. д. Такі стани виникають у осіб в складних життєвих ситуаціях, при захворюваннях головного мозку, шизофренії і т. д.

Марення – це висновок, який не відповідає дійсності і не піддається переконанню.

Марення – це абсолютна ознака психічного захворювання.

Форми марення:

1. *Марення відношення* – хворі стверджують, що різні предмети мають до них якесь відоме тільки їм відношення.

2. *Марення переслідування* – хворі відзначають, що «підозрілі люди» стежать за ними.

3. *Марення отруєння* – хворі вважають, що їх хочуть отруїти, підсипати в їжу отруту.

4. *Марення фізичної дії* – хворі стверджують, що на них впливають спеціальними променями, за допомогою радіо, телебачення і інших приладів.

5. *Марення величі і багатства* – хворі вважають себе великими полководцями, вченими, багатими особами.

6. *Депресивне марення* – хворі вважають себе поганими, бездарними, аморальними. Стан супроводжується зниженим настроєм.

7. *Марення самозвинувачення* – хворі стверджують, що винні в різних протиправних діях (вбивствах). У такому стані хворі можуть скоїти самогубство.

Розлади емоцій

Під *емоціями* розуміють психічний процес, який вказує на відношення суб'єкта до самого себе і різним явищам життя.

При психічних захворюваннях спостерігається *підвищення* або *пониження* емоційності.

Симптоми підвищеної емоційності

1. *Ейфорія* – невинувато піднесений, радісний настрій (прогресуючий параліч, маніакально-депресивний психоз).
2. *Депресія* – стан протилежний ейфорії. Хворі переживають почуття пригніченості і туги (маніакально-депресивний психоз, реактивні психози).
3. *Тривога* – внутрішній неспокій, нез'ясовне тривожне передчуття, неспокійний стан (при психозах і депресіях).
4. *Страх* – коли тривога стосується власного благополуччя і здоров'я.
5. *Дисфорія* – похмурий, тужливо-злісний, незадоволений настрій, іноді із спалахами люті, гніву.

Симптоми зниженої емоційності

Емоційна тупість – хворі байдужі до всього, байдужі до страждань близьких людей (шизофренія).

Може бути також *емоційна неадекватність*, коли хворий з посмішкою повідомляє про важкі переживання.

Розлади волі

Воля – є психологічним процесом, спрямованим на свідоме досягнення поставлених цілей.

При психічних захворюваннях може спостерігатися як *підвищення* так і *зниження* вольової діяльності.

Підвищення вольової діяльності найчастіше спостерігається при маніакально-депресивному психозі. А зниження вольової діяльності – при прогресивному паралічі, атеросклерозі судин головного мозку.

Види порушень волі

Імпульсивні стани – характеризуються виникненням не-

Нервова система та вища нервова діяльність. Поняття про психічні хвороби. Симптоми та синдроми психічних ...

переборного бажання до здійснення певних дій, без попереднього усвідомлення їх. Імпульсивні (або як їх називають кататонічні) дії носять характер безглуздої, невмотивованої агресивної поведінки. Здається, що хворі як би підпорядковані якійсь силі, чужій волі.

Виникають імпульсивні дії під впливом *афекту*, який провокується, як правило, іншими симптомами, наприклад, маренням або галюцинаціями.

У такому стані хворі можуть раптово здійснювати напади, вбивства, робити замах на своє життя.

Варіанти імпульсивних дій:

- імпульсивна крадіжка – *клетоманія*;
- імпульсивний підпал – *піроманія*;
- імпульсивне бродяжництво – *дромоманія*.

Порушення інстинктів і бажань

а) збочення статевого інстинкту:

- *гомосексуалізм, садизм, мазохізм та ін.*

б) збочення харчового інстинкту:

- *булімія* - посилення харчового інстинкту (обжерливість);
- *гіпобулія* – ослаблення харчового інстинкту;
- *анорексія* – повна відмова від їжі (шизофренія, слабумство).

в) порушення уваги:

- підвищене відволікання уваги (маніакально-депресивний психоз).

Розлади пам'яті

Пам'яттю називається здатність людини зберігати і відтворювати різні події і явища.

Всі порушення пам'яті можна розділити на три групи:

- порушення запам'ятовування;
- порушення спогадів;
- помилкові спогади.

Порушення запам'ятовування зустрічаються при черепномозкових травмах, атеросклерозі судин головного мозку (у людей похилого віку).

Порушення спогадів:

- *гіпермнезія* – патологічне посилення пам'яті;
- *гіпомнезія* - ослаблення пам'яті, швидше зникають з пам'яті події, які відносно недавно відбулися;
- *амнезія* – повна втрата пам'яті.

Види амнезій:

- *ретроградна амнезія* – випадання з пам'яті подій, які безпосередньо передували черепномозковій травмі або захворюванню.
- *антероградна амнезія* – втрачаються спогади про період після настання розладу свідомості.
- *антероретроградна амнезія* - хворий забуває події періоду до, під час і після розладу свідомості.

Помилкові спогади – хворий, який страждає на випадання пам'яті, «згадує» події, які ніколи з ним не відбувалися.

Контрольні питання

1. Загальна будова центральної нервової системи.
2. Поняття про вищу психічну діяльність та принципи її функціонування (І.П. Павлов).
3. Перша та друга сигнальні системи.
4. Порушення вищої нервової діяльності при психічних захворюваннях.

Нервова система та вища нервова діяльність. Поняття про психічні хвороби. Симптоми та синдроми психічних ...

5. Поняття та класифікація психічних хвороби.
6. Симптоми та синдроми психічних захворювань.
7. Порушення сприйняття.
8. Порушення мислення.
9. Порушення пам'яті.
10. Порушення емоцій.
11. Порушення вольових процесів.

Ситуаційні завдання

1. Після отриманої в ДТП черепно-мозкової травми, постраждала особа не може пригадати події, які передували цій травмі. Про яке порушення пам'яті йде мова?

2. У особи, яка захворіла на психічну хворобу, була виявлена схильність до непотрібних, порожніх міркувань, безплідного мудрування. Про порушення якого психічного процесу хворої людини йде мова? Якому психічному розладу притаманні ці відхилення?

Тестові завдання

Виберіть одну правильну відповідь

1. Які функції виконує нервова система?
 - а) об'єднує всі інші системи організму і регулює їх діяльність;
 - б) пристосовує організм до умов зовнішнього середовища;
 - в) всі відповіді правильні.
2. Що є структурною одиницею нервової системи?
 - а) аксон;
 - б) дендрит;
 - в) нейрон.

3. Скількома оболонками вкриті головний і спинний мозок?
- a) однією оболонкою;
 - b) двома оболонками;
 - c) трьома оболонками.
4. Що входить до складу головного мозку?
- a) великі півкулі;
 - b) мозочок;
 - c) стовбур мозку;
 - d) всі відповіді правильні.
5. Що таке інстинкти?
- a) вроджені рефлекси;
 - b) придбані рефлекси.
6. Що таке реактивний ступор?
- a) загальне знерухомлення;
 - b) психомоторне збудження.
7. Що таке гіперестезія?
- a) збочене сприйняття відчуттів, які виходять від власного тіла
 - b) посилення сприйняття;
 - c) ослаблення сприйняття;
 - d) спотворене сприйняття реально існуючих предметів.
8. Що таке ілюзії?
- a) збочене сприйняття відчуттів, які виходять із власного тіла
 - b) посилення сприйняття;
 - c) ослаблення сприйняття;
 - d) спотворене сприйняття реально існуючих предметів.

Нервова система та вища нервова діяльність. Поняття про психічні хвороби. Симптоми та синдроми психічних ...

9. Що таке галюцинації?
- a) збочене сприйняття відчуттів, які виходять із власного тіла;
 - b) спотворене сприйняття реально існуючих предметів;
 - c) спотворене сприйняття реально неіснуючих предметів.
10. Як називається схильність до непотрібних та порожніх міркувань, безплідного мудрування?
- a) персеверація;
 - b) марення;
 - c) резонерство.
11. Що таке в'язкість мислення?
- a) нездатність виділити головне і другорядне;
 - b) схильність до непотрібних та порожніх міркувань, безплідного мудрування;
 - c) порушення логічної послідовності міркувань.
12. Що таке марення?
- a) переконання, які виникають під впливом реальної ситуації і набувають надмірно важливого значення;
 - b) висновок, який не відповідає дійсності і не піддається переконанню;
 - c) нав'язливий стан.
13. Що таке надцінні ідеї?
- a) переконання, які виникають під впливом реальної ситуації і набувають надмірно важливого значення;
 - b) висновок, який не відповідає дійсності і не піддається переконанню;
 - c) нав'язливий стан.
14. Як називається нав'язливий страх?
- a) персеверація;

- b) резонерство;
- c) фобія.

15. Як називається стан пригніченості, пригноблення і туги?

- a) страх;
- b) дисфорія;
- c) ейфорія;
- d) депресія.

16. Як називається стан похмурого, тужливо-злісного, незадовільного настрою, іноді зі спалахами люті та гніву?

- a) страх;
- b) дисфорія;
- c) ейфорія;
- d) депресія.

17. Що таке дромоманія?

- a) імпульсивна крадіжка;
- b) імпульсивний підпал;
- c) імпульсивне бродяжництво.

18. Що таке піроманія?

- a) імпульсивна крадіжка;
- b) імпульсивний підпал;
- c) імпульсивне бродяжництво.

19. Що таке клептоманія?

- a) імпульсивна крадіжка;
- b) імпульсивний підпал;
- c) імпульсивне бродяжництво.

20. Що таке анорексія?

- a) посилення харчового інстинкту;
- b) ослаблення харчового інстинкту;
- c) повна відмова від їжі.

Рекомендована література

Базова

1. Білецька Г.А. Судова медицина та судова психіатрія : підручник. Харків : Право, 2018. 375 с.
2. Волков В.Н. Судебная психиатрия : структурно логические схемы : учеб. пособ. Москва : Юнити-Дана, 2017. 255 с.
3. Датий А.В. Судебная медицина и психиатрия : учебник. Москва: РИОР : ИНФРА-М, 2017. 294 с.
4. Первомайский В. Б., Илейко В. Р. Судебно-психиатрическая экспертиза : от теории к практике : учебник. Киев : КИТ, 2006. 394 с.
5. Руководство по судебной психиатрии в 2 т. Том 1 : практич. пособ. / Ткаченко А. А. и др. ; Изд. 3-е, перераб. и доп. Москва : Издательство Юрайт, 2019. 449 с.

Допоміжна

1. Козлов В.В., Новикова Е.Е. Основы судебно-психиатрической экспертизы : учеб. особ. Изд. 2-е, перераб. и доп. Москва : Флинта, 2013. 184 с.
2. Скворцов И.А., Ермоленко Н.А. Развитие нервной системы у детей в норме и патологии : руководство. Москва : МЕ-Дпресс-информ, 2003. 368 с.
3. Хритинин Д.Ф., Котов В.П., Полубинская С.В. Судебная психиатрия : учебник. Изд. 6-е, перераб. и доп. Москва : Норма; ИНФРА-М, 2019. 632 с.

Навчальний відеофільм



СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНА ЕКСПЕРТИЗА ШИЗОФРЕНІЇ ТА МАНІАКАЛЬНО- ДЕПРЕСИВНОГО ПСИХОЗА

МЕТА: засвоїти загальну характеристику шизофренії та маніакально-депресивного психозу, основні симптоми, форми та варіанти перебігу; вивчити судово-психіатричну експертизу шизофренії та маніакально-депресивного психозу.

Основні поняття: шизофренія, проста, гебефренічна, кататонічна та параноїдна форми шизофренії, аутизм, резервність, амбівалентність, емоційна тупість, марення величності та переслідування, ступор, галюцинації, онейроїдна кататонія, маніакально-депресивний психоз.

За результатами вивчення теми здобувач вищої освіти повинен:

знати:

- причини та початок захворювання на шизофренію;
- основні клінічні прояви шизофренії;
- форми шизофренії;
- соціально-небезпечні дії хворих на шизофренію та їх судово-психіатричну оцінку в кримінальному та цивільному процесі;
 - маніакально-депресивний психоз (мдп): загальні відомості, основні клінічні ознаки, особливості перебігу;
 - фази маніакально-депресивного психозу;
 - характер можливих протиправних дій хворих при різних фазах маніакально-депресивного психозу;
 - судово-психіатричну експертизу маніакально-депресивного психозу;

уміти:

- розрізнявати хворих на шизофренію, маніакально-депресивний психоз;
- визначати соціальну та кримінальну небезпечність хворих на шизофренію, маніакально-депресивний психоз;
- аналізувати висновки судово-психіатричної експертизи хворих на шизофренію та маніакально-депресивний психоз.

**Методичні рекомендації для підготовки
до теми заняття**

Вивчення теми слід почати з визначення загальної характеристики шизофренії як однієї з найбільш поширеної психічної хвороби, яка зумовлює значний відсоток випадків неосудності в кримінальних та цивільних справах. З'ясовують основні причини (спадковість, порушення обміну речовин) та механізм виникнення шизофренії (повне гальмування в корі головного мозку).

Потім розглядають особливості початку захворювання (гостре або поступове) та перші клінічні симптоми (головний біль, неприємні відчуття в тілі, зниження інтересу до оточуючого кола, аутизм - схильність до самотності, виникнення ворожого та злісного ставлення до близьких та ін.).

Далі вивчають основні клінічні симптоми шизофренії: з боку процесу мислення (порушення єдності психіки - виникнення подвійного мислення, неможливість розрізнявати абстрактне та конкретне; розірваність послідовного міркування; резонерство - схильність до марного говоріння; амбівалентність - одночасне позитивне та негативне ставлення до явища; марення відношення, переслідування, отруєння), сприйняття (зорові, слухові, нюхові галюцинації), емоційної сфери (неадекватність емоційних реакцій, емоційна тупість). Далі переходять до вивчення окремих форм шизофренії. Спочатку розглядають просту форму шизофренії, її особливості

перебігу (поступовий безперервний розвиток хвороби, ураження в молодому віці та особливості прояву клінічних симптомів (переважна відсутність марення та галюцинацій; порушення процесу мислення – “відсутність думок”, труднощі при незначній розумовій напрузі; байдуже ставлення до знайомих та до роботи, прагнення до усамітнення).

Потім вивчають гебефреничну (юнацьку) форму шизофренії. Звертають увагу на особливості патопсихологічних ознак цієї форми шизофренії (підвищена активність безглузлого характеру – метушливість, одноманітність рухів; резонерство; тенденція до ускладнення захворювання). Також вивчають кататонічну форму хвороби. При цьому, слід приділити увагу характерним руховим порушенням у вигляді кататонічного збудження (рухи хаотичного імпульсивного характеру, мовне збудження) або гальмування (у вигляді можливого виникнення м'язового ступора або воскової гнучкості – катаlepsії), а також наявності активного та пасивного негативизма. Крім того, визначають характер кататонічних проявів на різних етапах перебігу даної форми шизофренії (онейроїдна кататонія – на початку та люцидна – на більш віддалених етапах).

Останньою розглядають ще одну форму шизофренії – параноїдну та її типові ознаки (марення відношення, переслідування, отруєння; галюцинації, більш пізній початок хвороби).

Потім розглядають судово-психіатричну експертизу шизофренії. Звертають увагу на питання соціально-небезпечних дій хворих при різних формах шизофренії та розпізнавання клінічних симптомів при невиразних проявах хвороби та встановлення у таких випадках неосудності.

Далі приступають до розгляду маніакально-депресивного психозу. Вивчають особливі відмінності хвороби (циклічність маніакального та депресивного стану, переважна захворюваність у жінок, відсутність деградаційних процесів), основні симптоми (зміни настрою – радісне або тужливе; порушення мислення – прискорене або сповільнене; рухове збудження або гальмування). При вивченні маніакального стану

Судово-психіатрична експертиза шизофренії та маніакально-депресивного психоза

звертають увагу на характерні його ознаки (радісний, веселий настрій; підвищена жага до діяльності; мовне збудження; прискорене мислення, переоцінка своєї особистості). Потім розглядають депресивний стан та його ознаки (зниження настрою; гальмування рухів; марення самообвинувачення, самоприпинення). Також з'ясовують варіанти перебігу маніакально-депресивного психозу (одноразовий напад протягом всього життя, «класичний» варіант та безперервний перебіг). Крім того розглядають характер можливих антисоціальних (протиправних) дій хворих при різних фазах захворювання (при маніакальному стані – хуліганські вчинки; при депресії – схильність до самогубства) та судово-психіатричну експертизу хвороби, особливо в період ясного проміжка.

Конспект навчального матеріалу

Шизофренія (раннє слабоумство, хвороба Блейлера, в перекладі з грецької мови означає «розщеплення душі») - одна з найбільш поширених хронічних психічних хвороб з прогресуючим перебігом. У практиці судової психіатрії не менше 50% випадків визнання підекспертних осіб неосудними припадає саме на шизофренію. Хворіють на шизофренію як чоловіки так і жінки. Але у чоловіків хвороба протікає важче.

Причини захворювання. Дійсна причина захворювання на шизофренію не встановлена. Найбільш достовірними вважають:

- спадкову схильність до розвитку захворювання;
- порушення обмінних процесів в організмі хворого;
- роль стресових життєвих ситуацій.

Симптоми шизофренії.

Початкові ознаки шизофренії різні. Нерідко в цей період хворі висловлюють лише невротичні скарги на підвищену стомлюваність, головний біль, неприємні відчуття в тілі.

Виділяють три основні ознаки цього психічного захворювання. Це – аутизм, розщеплення психіки та емоційно-вольові зміни.

Аутизм - втрата інтересу хворого до своїх знайомих, друзів, роботи (навчання), хворі прагнуть до самотності, більшу частину часу проводять в ліжку, перестають стежити за своєю зовнішністю. Нерідко вороже ставляться навіть до своїх близьких родичів, якщо ті роблять будь-які спроби до зближення або спілкування з ними.

Розщеплення психіки - порушення мислення у вигляді подвійності мислення і диференціації абстрактного і конкретного.

- *порушення єдності психіки* (стверджує, що знаходиться у в'язниці, хоча в той же час знає, що це лікарня або медперсонал приймає за родичів, в той же час звертається до них як до медичних працівників);

- *амбівалентність* (позитивне і негативне ставлення до будь-якої події);

- *амбітендентність* (одночасне здійснення протилежних дій - хворий, вітаючись простягає руку і в той же час зупиняє її);

- *порушення диференціації абстрактного і конкретного* - на питання як потрапив до лікарні, хворий відповідає - на трамваї;

- *резонерство* - схильність до порожнього міркування;
- *розірваність* логічної послідовності міркування;
- *марення* переслідування, отруєння, фізичного впливу;
- *галюцинації*.

Емоційні розлади:

- *неадекватність* емоційних реакцій (з посмішкою хворий повідомляє про загибель родичів);

Судово-психіатрична експертиза шизофренії та маніакально-депресивного психоза

- *емоційна тупість* - хворі байдужі до страждань оточуючих людей, втрачається прагнення до альтруїзму (робити добрі справи).

Виділяють три варіанти перебігу шизофренії:

- безперервний;
- нападopodobний;
- періодичний.

Форми шизофренії.

Виділяють просту, гебефренічну, кататонічну і параноїдну форму шизофренії.

Проста форма

- хворіють зазвичай в молодому віці;
- хвороба розвивається поступово;
- марення і галюцинацій як правило немає;
- перебіг безперервний, з поступовим наростанням симптомів;
- прогноз найчастіше несприятливий, в результаті розвивається апатичне слабоумство.

Гебефренічна форма

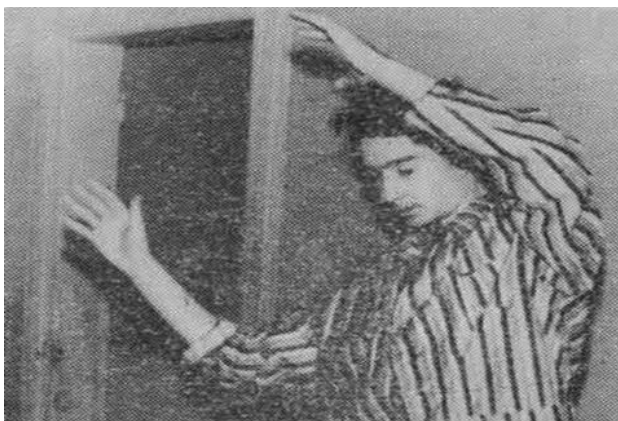
- також з'являється в юнацькому віці;
- характерна підвищена активність безглузлого характеру, одноманітні рухи, кривляння;
- характерно резонерство;
- емоційна неадекватність (безглуздий гучний сміх);
- прогноз несприятливий, розвивається апатичне слабоумство.



Кататонічна форма

- характерні рухові порушення за типом ступору (стан повної або часткової знерухомленості); рухова загальмованість може бути з м'язовим заціпенінням і з воскової гнучкістю (каталепсія) - можна надати будь-яке положення частинам тіла хворого; триває ступор від декількох днів до декількох років), зі світлими проміжками;
- характерні рухові порушення за типом кататонічного збудження; порушення характеризується: раптовим початком, імпульсивними, хаотичними частіше одноманітними, рухами, мовним збудженням (вигуки), іноді повторюють слова оточуючих (ехолалія) або їх дій (ехопраксія), триває від декількох хвилин до декількох тижнів;
- негативізм - активний (вчиняє дії протилежні тим, які їх просять) і пасивний (не виконують ті дії, які їх просять);
- така форма рідко переходить в апатичне слабоумство.

Судово-психіатрична експертиза шизофренії та маніакально-депресивного психоза



Кататонічна шизофренія (воскова гнучкість)

Параноїдна форма

Головні симптоми:

- починається пізно - в 30-40 років;
- марення відносин, переслідування, отруєння, фізичного впливу;
- галюцинації;
- дуже активні, засипають всі інстанції листами, вважають, що до них несправедливо ставляться.
- можливий розвиток апатичного слабоумства.

Судово-психіатрична оцінка шизофренії

У переважній більшості випадків хворий на шизофренію визнається неосудним. У тих випадках, коли дефект психіки незначний, немає змін особистості, хворого іноді визнають осудним. Але, оскільки тривалі і стійкі ремісії без помітних змін у таких осіб порівняно рідкісні, то, як правило, хворі на шизофренію і в період ремісії визнаються неосудними. У тих випадках, коли захворювання почалося в період слідства або винесення судом вироку, хворі звільняються від відбування

покарання, хоча щодо вчиненого діяння можуть вважатися осудними.

Маніакально-депресивний психоз - це хронічне психічне захворювання, при якому спостерігається розлади настрою.

Маніакально-депресивний психоз (циркулярний психоз, циклофренія) проявляється періодично виникаючими маніакальними і депресивними фазами. Ці фази захворювання зазвичай розділені періодами повного психічного здоров'я (інтермісії). Вважають, що у жінок захворювання виникає дещо частіше, ніж у чоловіків.

Причини виникнення маніакально-депресивного психозу і механізм його розвитку вивчені недостатньо. Але вважають, що це також, як і шизофренія, спадкове захворювання.

Захворювання часто починається саме з депресивної фази. Періодичність фаз дуже різноманітна. Але в більшості хворих переважає частота депресивної фази, і тільки у 10-20% хворих з МДП переважає маніакальна фаза. Тривалість фаз коливається від декількох місяців до року і більше. По мірі того, як захворювання прогресує, спостерігається зменшення проміжку часу між фазами, в середньому період між фазами складає 6-9 місяців.

Маніакальна фаза психозу характеризується трьома симптомами: підвищеним настроєм, прискоренням темпу мислення і руховим збудженням.

У хворих постійно безпричинний радісний настрій. Виникає бажання діяльності, любові, спілкування, з'являється наплив думок, непосидючість, безсоння. Хворі не можуть всидіти на одному місці, постійно звертаються до тих, хто навколо них з різними пропозиціями, питаннями, дуже настирливі. Життя здається їм прекрасним, все що оточує сприймається в рожевому світлі. Характерно, що такі хворі беруться за будь-яку справу, кожному пропонують свої послуги, але нічого не в змозі довести до кінця. Дотепні, спритні, все швидко помічають, на все негайно реагують. При

Судово-психіатрична експертиза шизофренії та маніакально-депресивного психоза

цьому у хворих з'являються перебільшені уявлення про свої можливості, здібності, підвищена самооцінка, аж до утворення маячних ідей величі. Можуть відповідати спалахами гніву і люті на незначні зауваження.

Маніакальний стан супроводжується посиленням потягів (харчового, сексуального). Виникає статева розбещеність, яка особливо посилюється після прийому алкоголю. Приблизно 75% маніакальних хворих здійснюють протиправні дії на сексуальному ґрунті.

Депресивна фаза на відміну від маніакальної характеризується тужливим, зниженим настроєм, уповільненням розумових (інтелектуальних) процесів і психомоторною загальмованістю. Хворий пригнічений, відчуває повну безнадію, все що оточує його втрачає для нього цінність. Для депресивної фази характерні маячні ідеї самозвинувачення, самознищення, гріховності. Приблизно дві третини таких хворих думають про самогубство, а від 10 до 15% здійснюють його. Можливо також розширене самогубство - вбивство членів своєї сім'ї і потім самогубство, щоб, як вони вважають, «позбавити всіх і себе від майбутніх великих мук або ганьби», у невідворотності яких вони відчувають непохитну хворобливу впевненість. Хворі наполегливо відмовляються від їжі. Ці розлади у хворих в депресивній фазі мають максимальну вираженість в ранкові години, до вечора стан хворого поліпшується.

Прогноз при маніакально-депресивному психозі сприятливий, оскільки напади хвороби в більшості випадків закінчуються практичним одужанням, а хвороба в цілому, навіть при великій кількості нападів і тривалому їх перебігу, не приводить до значних і необоротних змін особистості. У період між нападами хворі є психічно повноцінними людьми, зберігають працездатність і соціальну активність.

Судово-психіатрична експертиза хворих з маніакально-депресивним психозом, які вчинили протиправні діяння

відрізняються рядом особливостей. Хворі в стані маніакального збудження можуть бути агресивними, наносити образи іншим, здійснювати різні протиправні дії і вбивства. У зв'язку з підвищеною сексуальною збудливістю хворі здійснюють розпусні дії і згвалтування.

У депресивній фазі психозу хворі дають менше приводів для направлення на судово-психіатричну експертизу. Тут найбільшого значення набувають спроби розширеного самогубства, або здійснення діянь, обумовлених загальною загальмованістю, зниженням рухової активності.

Посмертна експертиза в зв'язку з самогубством показує, що в осіб, які накладають на себе руки без будь-якого зовнішнього приводу, нерідко буває своєчасно не діагностована депресивна фаза маніакально-депресивного психозу. Якщо хворий на маніакально-депресивний психоз вчинив суспільно небезпечне діяння під час психічного нападу (незалежно від того, яка була фаза - маніакальна або депресивна), то питання про неосудність не викликає сумнівів. Якщо ж злочин здійснено в період між фазами, то такі хворі, як правило, визнаються осудними. Однак, при частому повторенні таких фаз обстежуваний може бути визнаний неосудним, тому що він страждає на хронічну психічну хворобу.

У цивільному процесі різні майнові угоди та інші юридичні акти, здійснені в стані МДП, визнаються недійсними, а хворі недієздатними.

Контрольні питання

1. Шизофренія: причини та початок захворювання.
2. Основні клінічні прояви шизофренії.
3. Форми шизофренії. Проста форма шизофренії.
4. Гебефренічна форма шизофренії, симптоми, особливості перебігу, прогноз.
5. Кататонічна форма шизофренії, симптоми, особливості перебігу, прогноз. Онейроїдна кататонія.

Судово-психіатрична експертиза шизофренії та маніакально-депресивного психоза

6. Параноїдна форма шизофренії, симптоми, особливості перебігу, прогноз.

7. Соціально-небезпечні дії хворих на шизофренію та їх судово-психіатрична оцінка в кримінальному та цивільному процесі.

8. Маніакально-депресивний психоз: загальні відомості, основні клінічні ознаки.

9. Фази маніакально-депресивного психозу. Маніакальний стан: симптоми, особливості перебігу.

10. Депресивний стан: симптоми, особливості перебігу.

11. Характер можливих антисоціальних (протиправних) дій хворих при різних фазах маніакально-депресивного психозу.

12. Судово-психіатрична експертиза маніакально-депресивного психозу.

Ситуаційні завдання

1. Студент університету В., 22 років. Хвороба розвинулась без видимих причин. Став в'ялим, втратив інтерес до навчання, спілкування зі знайомими, виникли слухові галюцинації, маячні ідеї переслідування і гіпнотичного впливу. Заявляє, що його думки читають оточуючі. Бездіяльний, нічим не цікавиться. Хворим себе не вважає. Який синдром розвинувся у хворого?

2. Громадянин Р., 26 років, був заарештований за скоєння вбивства власної дружини. Під час проведення судово-психіатричної експертизи стверджував, що вбив «щоб позбавити її страждань». Із анамнезу життя відомо, що протягом декількох років у підслідного спостерігається різке коливання настрою. Напочатку переважав підвищений настрій, прискорене мислення, рухове збудження. Але згодом настрої змінився і вже кілька останніх місяців переважає уповільнення темпу мислення, відмічається мовна та рухова загаль-

мованість. Простежується млявість, невпевненість, необгрунтована тривога. Особа розмовляє тихим голосом, має скорботну міміку. Єдиним виходом з такого становища вбачає саможубство. Необхідно визначити стан підслідного. Чи може він понести кримінальну відповідальність?

Тестові завдання

Виберіть одну правильну відповідь

1. Що означає поняття «шизофренія» в перекладі з грецької мови?
 - a) розщеплення психіки;
 - b) циркулярне безумство;
 - c) нападати, охоплювати, оволодівати.
2. Що не характерно для шизофренії?
 - a) порушення єдності психіки;
 - b) аутизм;
 - c) дріб'язковість, присквіпливість, дратівливість;
 - d) збіднення емоційних реакцій.
3. Що не відносять до основних форм шизофренії?
 - a) кататонічну шизофренію;
 - b) маніакальну шизофренію;
 - c) гебефренічну шизофренію;
 - d) параноїдальну шизофренію.
4. Які характерні ознаки має проста форма шизофренії?
 - a) підвищена рухова активність безглуздового характеру;
 - b) стереотипні рухові порушення у вигляді збудження або нерухомість;
 - c) марення, галюцинації;
 - d) млявість, апатія, прагнення до самоти.

Судово-психіатрична експертиза шизофренії
та маніакально-депресивного психоза

5. Які характерні ознаки має гебефренічна форма шизофренії?

- а) підвищена рухова активність безглузлого характеру;
- б) стереотипні рухові порушення у вигляді збудження або нерухомість;
- в) марення, галюцинації;
- г) млявість, апатія, прагнення до самоти.

6. Які характерні ознаки має кататонічна форма шизофренії?

- а) підвищена рухова активність безглузлого характеру;
- б) стереотипні рухові порушення у вигляді збудження або нерухомість;
- в) марення, галюцинації;
- г) млявість, апатія, прагнення до самоти.

7. Які характерні ознаки має параноїдальна форма шизофренії?

- а) підвищена рухова активність безглузлого характеру;
- б) стереотипні рухові порушення у вигляді збудження або нерухомості;
- в) марення, галюцинації;
- г) млявість, апатія, прагнення до самоти.

8. Що означає поняття «маніакально-депресивний» в перекладі з грецької мови?

- а) розщеплення психіки;
- б) циркулярне безумство;
- в) нападати, охоплювати, оволодівати.

9. Назвіть характерні ознаки маніакальної фази?

- а) підвищення настрою, прискорений темп мислення, рухове збудження;

б) зниження настрою, уповільнений темп мислення, рухове гальмування.

10. Яка форма шизофренії найчастіше протікає без галюцинацій?

- а) проста;
- б) гебефренічна;
- с) кататонічна;
- д) параноїдна.

11. В якій фазі маніакально-депресивного психозу пацієнти бадьорі, оптимістичні, діяльні, беруться за безліч справ, але нічого не доводять до завершення?

- а) депресивній;
- б) маніакальній;
- с) при обох.

12. Оцініть правильність цього твердження: «В переважній більшості хворі на шизофренію визнаються неосудними»

- а) правильно;
- б) неправильно.

13. Що таке резонерство?

- а) розірваність логічної послідовності міркування;
- б) порушення диференціації абстрактного і конкретного;
- с) схильність до пустопорожнього міркування;
- д) неможливість виділити головне і другорядне;
- е) одночасне позитивне і негативне ставлення до подій.

14. Що не характерно для емоційно-вольової сфери хворих на шизофренію?

- а) абулія;
- б) амбівалентність;

Судово-психіатрична експертиза шизофренії
та маніакально-депресивного психоза

- c) амбітендентність;
- d) дисфорія;
- e) негативізм.

15. Що таке амбівалентність?

- a) розірваність логічної послідовності міркування;
- b) порушення диференціації абстрактного і конкретного;
- c) схильність до пустопорожнього міркування;
- d) неможливість виділити головне і другорядне;
- e) одночасне позитивне і негативне ставлення до подій.

16. Що таке аутизм?

- a) усамітнення та втрата інтересу до соціальної взаємодії;
- b) застрявання однієї думки;
- c) розірваність логічної послідовності міркування.

17. Що таке персеверація мислення?

- a) усамітнення та втрата інтересу до соціальної взаємодії;
- b) застрявання однієї думки;
- c) розірваність логічної послідовності міркування.

18. До якої групи психічних розладів згідно медичного критерія відноситься шизофренія?

- a) до групи хронічних психічних захворювань;
- b) до групи тимчасових психічних розладів;
- c) до розумової відсталості.

19. Хто частіше хворіє на маніакально-депресивний психоз?

- a) чоловіки;
- b) жінки.

20. Яка форма шизофренії частіше починається в більш пізньому віці?

- a) проста;
- b) гебефренічна;
- c) кататонічна;
- d) параноїдна.

Рекомендована література

Базова

1. Клименко Т. В. Судебная психиатрия : учебник. Изд. 2-е, перераб. и доп. Москва : Издательство Юрайт, 2019. 365 с.

2. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств : МКБ-10/УСД-10 : Клинич. описания и указания по диагностике / ВОЗ; Пер. на рус. яз. под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. Санкт-Петербург : Адис, 1994. 303 с.

3. Омелянович В.Ю. Основи судової психіатрії : навч. посіб. Донецьк : Норд-Пресс, 2006. 205 с.

4. Рудник В.І. Судова психіатрія : навч. посіб. Київ : НАУ-друк, 2009. 247 с.

5. Судова медицина та психіатрія : навч. посіб. / Кікінчук В. В. та ін. Харків : ХНУВС, 2019. 183 с.

Допоміжна

1. Березанцев А.Ю. Судебная психиатрия : учебник. Москва : Проспект, 2016. 660 с.

2. Сибірна Р.І. Судова психіатрія : навч. посіб. Львів : ЛьвДУВС, 2017. 147 с.

3. Хритинин Д.Ф., Котов В.П., Полубинская С.В. Судебная психиатрия : учебник. Изд. 6-е, перераб. и доп. Москва : Норма ; ИНФРА-М, 2019. 632 с.

Судово-психіатрична експертиза шизофренії
та маніакально-депресивного психоза

Навчальний відеофільм



СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНА ЕКСПЕРТИЗА ЕПІЛЕПСІЇ ТА ПСИХОПАТІЇ. ТРАВМАТИЧНІ УШКОДЖЕННЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

МЕТА: засвоїти загальну характеристику епілепсії, психопатії та травматичних ушкоджень головного мозку, їх основні симптоми, форми та типи перебігу; вивчити судово-психіатричну експертизу епілепсії, психопатії та травматичних ушкоджень головного мозку.

Основні поняття: епілепсія, аура, великий та малий епілептичні напади, абсанс, психічні еквіваленти, сутінкове потьмарення свідомості, сомнамбулізм, амбулаторний автоматизм, дисфорія, психопатія, травми головного мозку.

За результатами вивчення теми здобувач вищої освіти повинен:

знати:

- епілепсію: загальні відомості, клінічні форми та механізм виникнення;
- короткочасні та довготривалі симптоми епілепсії;
- варіанти перебігу епілепсії;
- судово-психіатричну експертизу епілепсії;
- травматичні ушкодження головного мозку: класифікацію, стадії перебігу, віддалений період травматичних розладів;
- судово-психіатричну оцінку посттравматичних психопатологічних змін особистості;
- визначення поняття “психопатія”, механізм розвитку, фактори, які обумовлюють виникнення психопатій;
- основні форми психопатій, клінічні ознаки, особливості перебігу;

Судово-психіатрична експертиза епілепсії та психопатії. Травматичні ушкодження головного мозку

- судово-психіатрична оцінка психопатій;
уміти:
- розрізнявати хворих на епілепсію, психопатію та травматичні ушкодження головного мозку;
- визначати соціальну та кримінальну небезпечність хворих на епілепсію, психопатію та з ушкодженнями головного мозку;
- аналізувати висновки судово-психіатричної експертизи хворих на епілепсію, психопатію та травматичні ушкодження головного мозку.

Методичні рекомендації для підготовки до теми заняття

Розгляд теми заняття починають з визначення змісту назви епілепсії, з'ясовують механізм (виникнення постійного епіцентру збудження в корі головного мозку) та умови розвитку хвороби (спадковість патологічної нервової системи, внутрішньоутробні порушення, травми, онкологічні та інфекційні захворювання).

Далі переходять до розгляду симптомів епілепсії. Спочатку вивчають короткотривалі нападopodobні симптоми, починаючи з великого епілептичного нападу, з'ясовують фази його перебігу (фази тонічних та клонічних судом, епілептична кома). При цьому розглядають ознаки провісничого періоду епілептичного нападу (різні форми аури – сенсорна, вегетативна, моторна та психічна; загальне нездування, головний біль, та ін.). Потім вивчають інші короткотривалі прояви епілепсії (малий епілептичний напад, абсанс). Крім того, зосереджують увагу на своєрідних формах розладу психіки (психічні еквіваленти). Спочатку вивчають найбільш поширену її форму – сутінкове потьмарення свідомості (збереження рухових дій, ілюзії, яскраві галюцинації, марення, млява та сповільнена мова, спогади про стан не

зберігаються), а також інші форми – амбулаторний автоматизм, сомнамбулізм, дисфорію, особливі стани. Далі переходять до вивчення довготривалих прогресуючих розладів психіки (порушення з боку афективно-вольової діяльності – дратівливість, злостивість, схильність до агресії, насильства; поступове зниження інтелекту та пам'яті, епілептичне слабоумство).

Нарешті з'ясовують зміни структури особистості хворих на епілепсію та їх судово-психіатричну оцінку протиправних порушень під час проявів короткочасних та довготривалих епілептичних симптомів.

Розгляд теми заняття продовжують вивченням травматичних ушкоджень головного мозку (відкритих та закритих). Необхідно з'ясувати класифікацію закритих травм голови (комоції, контузії), загальнономозкові (головний біль, запаморочення, нудота та ін.) і специфічні (втрата свідомості, амнезія) ознаки ушкоджень. Необхідно також звернути увагу на стадії перебігу травматичних ушкоджень головного мозку: початкову (розлад свідомості різної глибини та тривалості), гостру (психомоторне збудження, гострі психози, синдром Корсакова), пізню (сутінкове потьмарення свідомості, галюцинаторно-параноїдний стан), стадію віддалених травматичних розладів (церебростенія, енцефалопатія, травматичне слабоумство).

Окреслюючи загальну судово-психіатричну оцінку травматичних ушкоджень головного мозку, відмічають ймовірність регредієнтних або прогресивних зрушень у їх перебігу, які зумовлюють проведення повторної судово-психіатричної експертизи у бік визнання осудності або неосудності.

Потім переходять до вивчення психопатій. Спочатку визначають сутність цього патологічного стану як дизгармонічність емоційно-вольових якостей особистості з своєрідним афективним мисленням при відносному збереженні інтелекту. Звертають увагу на передумови формування психопати-

Судово-психіатрична експертиза епілепсії та психопатії. Травматичні ушкодження головного мозку

чного характеру (біологічна недосконалість головного мозку, яка, з одного боку пов'язана з порушеннями внутрішньо-утробного розвитку плоду або негативною дією шкідливих чинників на організм у ранньому дитячому віці, а, з іншого боку, зумовлена соціальними факторами (неправільне виховання, негативний вплив зовнішнього середовища, психогенні травми) та психофізіологічний механізм утворенням патологічного варіанту типу нервової діяльності (спадкове або придбане порушення нормального співвідношення основних нервових процесів).

Далі переходять до розгляду окремих форм психопатій. Характеризуючи групу збуджених психопатів, як одного з патологічних варіантів сильного, але неурівноваженого типу вищої нервової діяльності зі значною нестачою внутрішнього гальмування, звертають увагу на особливості їх поведінкових реакцій (надмірна емоційна напруженість, нестриманість, бурхливі афективні розряди, злість, гнів та образи оточуючих).

Вивчаючи групу гальмівних психопатів, в основі яких лежить патологічно слабкий тип вищої нервової діяльності з низьким потенціалом працездатності нервових клітин, слід підкреслити їх притаманні ознаки (фізична та психічна невитривалість, невпевненість, труднощі з адаптацією у нових обставинах, знижений настрій). Щодо групи психастенічних психопатів, для яких характерне переважання другої сигнальної системи над першою і схильність до інертності, необхідно привернути увагу до таких особливостей їх прояву як схильність до марного розмірковування; наявність нав'язливих думок, рухів; болісне переживання вчинків; надмірний постійний самоконтроль та самоспостереження).

Потім переходять до вивчення судово-психіатричної експертизи наступної групи психопатів – істеричних (слабкий тип вищої нервової діяльності з переважанням першої сигнальної системи над другою) та визначають характер особливих ознак (театральність поведінки, підвищене навіювання

та дитяча впертість, схильність до різноманітних вигадок тощо).

Останніми розглядають ще дві форми психопатій – нестійку (в основі слабкість нервових процесів, їх патологічна мінливість, не здатність до довготривалого зосередження уваги, схильність до залежності від будь-якого впливу) та параноїдну (інертність нервових процесів та здатність до утворення епіцентру застійного гальмування і, як наслідок, переважання таких її типових ознак як перебільшення своєї значущості, постійне вбачання навколо себе ворогів та прагнення боротьби з ними).

Наприкінці, торкаючись загальної судово-психіатричної оцінки психопатій, відмічають динамічність зрушень у їх перебігу (психопатичні фази, декомпенсації та реакції), які зумовлюють тимчасове короткочасне або тривале погіршення психопатичного стану особистості, особливо під час скоєння правопорушення, що надає підстави для визнання людини неосудною.

Конспект навчального матеріалу

Епілепсія - хронічне психічне захворювання, яке проявляється різними нападами судомного характеру, а також стійкими хронічними змінами особистості, які призводять до слабоумства.

Слово «епілепсія» грецького походження і в перекладі означає - наздоганяти, бути схопленим (судомним нападом). Інша назва - чорна хвороба.

Причина хвороби. Більшість дослідників причиною розвитку хвороби вважають взаємодію двох факторів: наявність в головному мозку постійного вогнища збудження в корі головного мозку, а також спадкова схильність.

Захворювання (поява судомних нападів) найчастіше з'являється в дитячому віці (до 10 років), хоча іноді хвороба виникає і після 40 років (пізня епілепсія).

Судово-психіатрична експертиза епілепсії та психопатії.
Травматичні ушкодження головного мозку

Клініка епілепсії.

Клінічні прояви епілепсії дуже різноманітні. Їх можна розділити на три великі групи:

1. Судомні короткочасні напади.
2. Безсудомні (психічні еквіваленти).
3. Хронічні зміни психіки.

Для судово-слідчої та судово-психіатричної практики найбільше значення мають:

1. *Судомні короткочасні напади:*

Великий судомний напад найтипівший і важливий симптом для діагностики епілепсії. За кілька годин або днів до нападу можуть з'являтися неспецифічні провісники (головний біль, дратівливість, порушення сну). Нерідко, безпосередньо перед нападом (за кілька секунд, іноді хвилин до його початку) хворий відчуває *ауру* (слово «аура» в перекладі з латинської означає вітерець, подих). Виділяють 4 типи аури: сенсорну (у вигляді різних неприємних відчуттів - повзання мурашок по шкірі, оніміння, іскри, світлові плями, шум, крик, неприємний запах); вегетативну (виникають серцебиття, спрага, пітливість тощо); рухову (з'являються різні одноманітні рухи - топтання, кружляння на місці тощо) і психічну ауру з переживаннями страху, тривоги тощо. Можлива комбінація різних типів аури.

В наступний момент хворий втрачає свідомість і падає, зазвичай з криком. Спочатку виникають *тонічні судоми* тривалістю 20-30 сек. При цьому всі м'язи різко напружені, тіло витягується, руки стиснуті в кулак, щелепи стиснуті, зіниці на світло не реагують, відбувається затримка дихання (виникає кисневе голодування) і шкіра хворої особи набуває синюшного кольору. Потім настає фаза *клонічних судом* з ритмічними скороченнями скелетних м'язів. Під час клонічної фази хворий нерідко прикушує язик. Відразу ж відновлюється дихання, але воно переривчасте, з клекотанням і

свистом, з рота виділяється піна, яка часто пофарбована кров'ю (за рахунок прикусу язика), можуть бути мимовільне сечовипускання і дефекація. Клонічні судоми тривають 1-2 хв. Поступово вони вщухають, і хворий впадає в глибокий сон.

Після пробудження спогадів про напад не залишається, але по загальному відчуттю розбитості, слабкості, по свіжому прикусу язика, хворий здогадується про те, що з ним відбулося. Частота судомних нападів в різних хворих варіює від 1-2 в рік до декількох нападів на добу.

Іншим варіантом епілептичних випадків є *малі напади* (безсудомні), для яких характерне раптове і дуже короткочасне виключення свідомості (2-15 сек), яке не супроводжується падінням хворого. Хворий при цьому як би застигає в одній позі і замовкає, погляд стає безглуздим, блукаючим, а після закінчення нападу хворий продовжує перервану справу, не усвідомлюючи, що мала місце невелика затримка в його діях.

2. *Психічні еквіваленти* - короткочасні, безсудомні психічні розлади, які виникають самостійно; як би замість судомного нападу (хоча можуть зустрічатися і разом з ним). Виникають і закінчуються раптово, нетривалі (від декількох хвилин до декількох годин, іноді днів). До психічних еквівалентів відносять: дисфорії і сутінкові розлади свідомості, амбулаторний автоматизм і лунатизм.

Дисфорія - безпричинне зниження настрою, яке супроводжується тугою, тривогою, страхом, зі спалахами люті. Іноді хворі скаржаться на непереборне бажання вбити когонебудь з близьких або накласти на себе руки.

Сутінкове потьмарення свідомості - часта форма розладу психіки при епілепсії, коли хворий не усвідомлює себе і не орієнтується в місці і часі. Хворий не сприймає навколишнє оточення, мова його або відсутня або безладна, з ним неможливо вступити в контакт, його дії нагадують окремі автоматизовані рухи. Виникає такий розлад гостро,

Судово-психіатрична експертиза епілепсії та психопатії. Травматичні ушкодження головного мозку

триває від декількох годин до декількох днів, зникають розлади свідомості поступово. Спогади про хворобливий епізод повністю відсутні.

Якщо сутінковий стан свідомості супроводжується маячними ідеями або галюцинаціями, то контакт з хворим в таких випадках більш або менш збережений. Часто переважають маревні ідеї переслідування, особистої або загальної загибелі, марення величі, реформаторства тощо. Зустрічаються зорові і нюхові галюцинації (зазвичай це війна, катастрофи, вбивства, тортури). Сутінковий стан може тривати кілька днів і закінчується раптово, переходячи в сон, а в подальшому настає повна амнезія, і хворі нічого не можуть розповісти про свою поведінку.

До сутінкових станів без марення і галюцинацій відносяться амбулаторний автоматизм (транс) і сомнамбулізм (лунатизм).

Транс - мимовільне блукання в стані зміненої свідомості. Навколишнє оточення хворий сприймає дуже смутно, на зовнішні подразники хворий реагує звичними автоматичними діями (наприклад, може купувати квиток, сідати в потяг тощо). Зовні хворі справляють враження занурених у свої думки людей, неуважних і дивних, ні чим не звертають увагу людей. Тривалість трансу - від декількох хвилин до декількох днів і тижнів; в останніх випадках хворі роблять тривалі подорожі, наприклад, можуть виїхати з одного міста в інший. Стан трансу зазвичай закінчується глибоким сном. Прокинувшись в незвичайному, незнайомому місці, хворий дивується і не може пояснити, як він сюди потрапив, і що з ним сталося.

Лунатизм - ходіння уві сні, спостерігається не тільки при епілепсії, але і при неврозах, особливо у дітей і підлітків. Вставши з ліжка під час нічного сну, хворі безцільно бродять по кімнаті, виходять на вулицю, іноді здійснюють небезпечні для свого життя вчинки (піднімаються на дах по пожежній драбині тощо). На питання не відповідають, не впізнають близьких, зовні виглядають дещо розгубленими. Зазвичай

вони самі через кілька хвилин лягають і засинають, іноді в самому незвичайному місці. Своїх дій хворі не усвідомлюють, прокинувшись, нічого не пам'ятають.

3. *Хронічні зміни психіки* хворого на епілепсію виражаються в поступовій зміні його особистості. Хворі стають патологічно акуратними, педантичними, особливо в повсякденних дрібницях, схильні до повчання, люблять опікувати інших, мислення сповільнюється, мова хворих докладна, багатослівна, сповнена дрібних несуттєвих деталей, при одночасному невмінні виділити головне. В спілкуванні з іншими особами виявляють солодкуватість, пристрасть до зменшувально-пестливих суфіксів. У висловлюваннях на першому місці стоїть він сам, його хвороба, його близькі, про які хворий говорить з повагою і упором на їх позитивні властивості. Однак його улесливо-догідлива манера спілкування є маскою, за якою ховається злопам'ятність, вибуховість, схильність до спалахів злості, які нерідко супроводжується небезпечними і жорстокими діями, по відношенню до оточуючих. Згодом описані зміни характеру хворого стають все більш вираженими, їх патологічна спрямованість прогресує, наростає уповільнення мислення, різко погіршується пам'ять, відбувається втрата професійних знань і навичок, розвивається епілептичне слабоумство.

Розглянуті прояви хвороби можуть зустрічатися у окремих хворих в різних поєднаннях, але для кожного хворого властива відносна сталість епілептичних порушень. Наприклад, у хворого можуть бути лише великі або лише малі припадки, можливо їх поєднання. Іноді хвороба обмежується лише проявом будь-якого з психічних еквівалентів. Можлива також трансформація одних хворобливих проявів в інші, наприклад, великих судомних нападів - в малі, або навпаки.

Судово-психіатрична експертиза хворих на епілепсію визначається значною поширеністю цього захворювання серед населення і головне - особливою тяжкістю правопорушень, які здійснюються такими хворими. Встановлення

Судово-психіатрична експертиза епілепсії та психопатії.
Травматичні ушкодження головного мозку

діагнозу епілепсії ще не зумовлює однозначного експертного рішення про неосудність. Більш того, один і той же хворий, може бути визнаний як осудним, якщо, наприклад, він скоїв злочин в період між нападами хвороби, так і неосудним, якщо здійснюючи злочин, знаходився в стадії загострення захворювання.

Кримінальні дії хворого, які здійснюються в сутінковому стані, мають ряд особливостей: раптовість, безмотивність злочину, часто неймовірну і безглузду жорстокість, нанесення жертві множинних важких поранень. Подібний характер злочину сам по собі викликає припущення про сутінкове потьмарення свідомості. Щодо діянь, здійснених в стані сутінкового потьмарення свідомості (галюцинаторно-маячна форма, лунатизм, транс), то такі хворі визнаються неосудними, оскільки не віддають звіт у своїх діях і не керують ними.

Хворі на епілепсію без виражених змін психіки усвідомлюють свої дії щодо правопорушень, здійснених ними поза нападів або психічних еквівалентів. Для попередження подальшого розвитку захворювання з метою профілактики повторних правопорушень таким хворим в разі їх засудження рекомендується амбулаторне протиепілептичне лікування в виправно-трудовах установах. При цьому у висновку судово-психіатричної експертизи повинно бути вказано, що хворий, який страждає на судомні напади, не допускається до роботи з вогнем, на висоті і до рухомих механізмів.

Судово-психіатрична експертиза травматичних ушкоджень головного мозку

Особи, які вчинили злочин і, які будь-коли перенесли травму черепа (закриту або відкриту), обов'язково повинні бути направлені на судово-психіатричну експертизу. Це обумовлено тим, що травми головного мозку і її наслідки можуть супроводжуватися різноманітними нервово-психічними розладами, серед яких основне місце займають порушення

пам'яті та інтелекту.

Ознаки травми головного мозку (їх кількість і вираженість) залежать від тяжкості та типу травми (струс, здавлювання та ін.), від локалізації мозкового ушкодження тощо.

В посттравматичному періоді розрізняють такі періоди:

- початковий (перші 1-2 тижні після травми);
- гострий (2-8 тижнів);
- пізній (до 6-12 місяців);
- віддалений (більш ніж рік після травми).

У *початковому* періоді після травми в залежності від її тяжкості можуть спостерігатися різні за глибиною і тривалістю втрати свідомості - від легкого оглушення до тривалої втрати свідомості (кома). Цей період найбільш важкий.

У *гострому періоді* свідомість хворого поступово прояснюється, проте, ще тривалий час хворі залишаються загальмованими, млявими, сонливими. У цей період можуть виникати явища амнезії - втрата пам'яті на події, які безпосередньо передували черепномозкової травми, або на події, які мають місце безпосередньо після того, як хворий прийшов до тями. У таких випадках достатньо складно оцінити психічний стан потерпілих, які перенесли черепномозкову травму і, які дають свідчення про момент цієї травми, оскільки відомості нерідко бувають невірними.

У перші 1-2 тижні після травми можуть розвиватися і гострі зміни психіки, які супроводжуються судомними нападами, можливий розвиток делірії або сутінкового стану. Делірій розвивається переважно в осіб з багаторічною алкогольною практикою, в яких ще до травми головного мозку вже був сформований синдром абстиненції.

Слід звернути увагу на те, що протиправні дії, які здійснюються хворими в період деліріозного або сутінкового потьмарення свідомості, досить одноманітні: зазвичай вони спрямовані проти життя і здоров'я особи (вбивства, тяжкі тілесні ушкодження), проти влади як такої (опір представникам влади, образа або посягання на їхнє життя), також проти громадської безпеки та громадського порядку (хуліганство).

Судово-психіатрична експертиза епілепсії та психопатії. Травматичні ушкодження головного мозку

Але, примітно, що при цих психічних станах хворі не здійснюють (і не можуть) корисливі правопорушення і багато інших злочинів, здійснення яких вимагає прийняття рішення як усвідомленого вибору мотиву дії, спрямованого на задоволення тієї або іншої потреби. Тому що і в стані делірію і в сутінковому стані хворий не здатний здійснювати цілеспрямовану діяльність, віддавати собі звіт про свої дії та керувати ними.

У *пізньому періоді* на тлі функціональної слабкості нервової системи можуть також виникати судомні напади (схожі з епілептичними) і різні варіанти депресивних і маніакальних станів. Надалі хворобливі розлади психіки у травмованих хворих можуть поступово зникнути, і здоров'я відновлюється, або клінічні прояви лише зменшуються за інтенсивністю та обсягом, але здатні заявити про себе в повній мірі в будь-який інший час життя цієї людини.

Не менш небезпечними в криміногенному аспекті є і дисфорії у вигляді гнівливої люті з руховим збудженням.

При черепномозкових травмах, які супроводжуються значним ушкодженням мозкової тканини, в *періоді віддалених наслідків* може розвинути слабкоумство (деменція): у хворого наростає слабкість абстрактного мислення, він не розуміє складні і динамічні ситуації, не здатний виділяти суттєві і практично значущі причинно-наслідкові зв'язки, втрачає вищі етичні та культурні потреби. Характерні також психічна виснаженість, сварливий настрій, іноді недоречна ейфорія. В значній мірі страждає пам'ять.

Судово-психіатрична оцінка буде різною в залежності від стану суб'єкта в момент вчинення злочину. При гострих травматичних психозах (делірій, сутінковий стан, дисфорії) і слабкоумстві хворі визнаються неосудними. Питання про осудність або дієздатність осіб з явищами пізніх і віддалених наслідків травм головного мозку вирішується в кожному випадку індивідуально виходячи з рівня психотичних порушень у суб'єкта.

Другим за значимістю (після шизофренічного симптомо-комплексу) психічним розладом серед злочинців є *психопатії*. Серед засуджених осіб, число психопатів досягає 20 - 30%, а серед рецидивістів визначають від 40 до 90% психопатів. Психопатичні розлади у чоловіків спостерігаються в 2-3 рази частіше, ніж у жінок.

Психопатії - це розлади емоційно-вольової сфери особистості у вигляді неправильної асоціальної поведінки та афективного мислення. Діагностується психопатія в тому випадку, якщо вже порушена адаптація особистості до навколишнього середовища і психопатичні зміни незворотні.

Причини психопатій.

Існують три основні точки зору на походження психопатій.

1) неповноцінність нервової системи як результат дії різних несприятливих чинників на головний мозок у внутрішньоутробному періоді;

2) стійка деформація характеру, яка обумовлена зовнішніми, переважно мікросоціальних факторами (несприятливі умови виховання в дитинстві - в неповній сім'ї, сирота, алкоголізм, асоціальність поведінки).

3) точка зору носить компромісний характер і визнає можливість обох причин.

Класифікація психопатій.

У психіатрії розрізняють наступні групи психопатів: збудливі, істеричні, паранояльні, гальмівні і шизоїдні психопати. Слід мати на увазі, що «чистих» психопатів не існує.

Психопати *збудливого* типу характеризуються підвищеною дратівливістю, збудливістю в поєднанні з вибуховістю, злостивістю, злопам'ятністю, мстивістю, схильністю до коливань настрою. Серед злочинців - психопатів особи збудливого типу складають найбільшу групу до 45%. При цьому типі психопатії найбільш частим мотивом поведінки є прагнення суб'єкта до реалізації неадекватно завищеного рівня

Судово-психіатрична експертиза епілепсії та психопатії. Травматичні ушкодження головного мозку

домагань, прагнення до домінування, впертість, образливість, нетерпимість до протидії, схильність до пошуку приводу для сварки. При цьому істотним мотиваційним чинником є характерне прагнення до негайної реалізації актуальної потреби.

Психопатія *істеричного* типу, характеризується виключним прагненням суб'єкта привернути до себе увагу оточуючих. Вчинки цих осіб відрізняються театральністю, демонстративністю. Поведінка підкреслено манірна, нещира. Бажання завжди бути в центрі уваги, потреба в тому, щоб їми захоплювалися і для цього вони вдаються до будь-яких хитрощів, не гребують жодними засобами в прагненні досягти своєї мети. Серед злочинців число істеричних психопатів досягає 19%.

Нестійкі психопати (17%) характеризуються неорганізованістю, легковажністю, слабкою волею, сугестивністю, нездатністю до цілеспрямованої діяльності, бажанням нових вражень і розваг. Поведінка носить ситуаційний характер, вони живуть одним днем.

При психопатії *паранояльного* типу у хворих відзначається особлива схильність до надцінних ідей, що поєднується з малою гнучкістю психіки, підозрілістю і підвищеною самооцінкою. В дитинстві їм властиві однобічні захоплення, впертість, прямолінійність, переоцінка своїх здібностей, прагнення до лідерства, самоствердження. У той же час вони надзвичайно чутливі коли ними нехтують, дуже образливі і злопам'ятні. Вони постійно чимось незадоволені, ставляться до оточуючих зверхньо, не здатні підтримувати рівні стосунки в сім'ї та колективі, егоїстичні, завжди категоричні і прагнуть діяти на власний розсуд, провокують конфлікти. При незадоволенні їх спонукань, бажань відбувається накопичення афекту образи, неприязнь, яка може закінчитися агресивною поведінкою проти «винуватця».

У психопатів *шизоїдного* типу головним є схильність до внутрішнього аналізу своїх переживань, нетовариськість. Вони холодні з близькими. У них відсутнє почуття гумору,

вони або дуже серйозні, або сентиментальні, мрійливі. Вони як би живуть в світі своїх фантазій. Професії і захоплення цих осіб відносяться переважно до області літератури, мистецтва, музики і теоретичних розділів науки. Такі пацієнти часто змінюють професію, роботу, нерідко - місце проживання. Так само нерівномірно у них складаються сімейні стосунки з повторними розлученнями в результаті відсутності спільних інтересів з партнерами.

Гальмівні (психастенічні) психопати виявляють такі особливості поведінки: сором'язливість і боязкість, прагнення втекти від життєвих негараздів, сховатися «в раковину» своїх внутрішніх переживань. Деякі з них аж надто схильні до самоаналізу і самоконтролю, весь час сумніваються в правильності своїх дій і вчинків, переживають почуття власної неповноцінності.

Інша група гальмівних психопатів - *астенічні* психопати. Вони відрізняються підвищеною стомлюваністю, надлишковою вразливістю, слабким характером. Всі необхідні рішення, які стосуються їх, роботи, сім'ї, такі особи прагнуть перекласти на плечі близьких людей, при цьому вони надмірно схильні до чужого впливу.

В обох цих групах гальмівних психопатів помітні прояви недостатності вольової активності зі слабкістю потягів, відставання в психосексуальному розвитку. Представники цих груп відносно рідко виявляються учасниками злочинів, проте в стані загострення психопатичних рис і, особливо, при наявності у них розладів сексуального потягу, вчинення небезпечних дій можливе.

Розрізняють два типи динаміки психопатій

Перший тип пов'язаний з віковими кризами протягом життя індивіда: підлітковим і клімактеричним. У ці періоди зміни особистісних якостей відбуваються у всіх людей (і в здорових і в психічно хворих). Але для психопатичних осіб пу-

Судово-психіатрична експертиза епілепсії та психопатії.
Травматичні ушкодження головного мозку

бертатна криза, перехідний вік (підлітковий) характеризується більшою гостротою і виразністю розладів характеру, а при клімактеричній кризі - спочатку загостренням, а потім деяким пом'якшенням психопатичних проявів.

Другий тип динаміки психопатій пов'язаний з несприятливими зовнішніми впливами на психопата, діями переважно стресового характеру, психотравмуючими обставинами.

Прийнято виділяти стан *компенсації* і *декомпенсації*. Компенсація характеризує такий стан психопатичної особи, при якому зберігається її адаптація до навколишнього мікросоціального середовища, зберігаються соціальні зв'язки, працездатність, сімейні відносини, тобто життя людини протікає в більш-менш нормальному її прояві. Але, слід зазначити, що стан компенсації досягається або в умовах сприятливих для даної особи обставин, або шляхом вироблення вторинних психопатичних рис. Саме другий варіант зустрічається частіше, і нерідко нові риси самі виявляються причиною порушення адаптації. Наприклад, боязкий, сором'язливий, закомплексований хлопець - астенік виробляє у себе стиль поведінки грубого, зарозумілого, безцеремонного, хуліганського хлопця.

Навпаки, *декомпенсація* виявляється явним загостренням всіх основних властивостей характеру, тимчасовим або тривалим зниженням (втратою) соціальної пристосованості суб'єкта. При цьому важливу роль відіграє не тільки дія стресового чинника, але типологічні особливості психопатичного особи. Так, родинно-побутові конфлікти призводять до загострень у збудливих осіб, але мало значимі для астенічних. В умовах військової служби з чіткими дисциплінарними вимогами і розпорядком життя успішно пристосовуються астенічні і психастенічні особи, але практично не можуть пристосуватися нестійкі, шизоїдні. Насилу адаптуються також збудливі психопати.

Поступове накопичення негативних переживань призводить до того, що незначний зовнішній привід викликає

бурхливий афективний розряд, яскраву, іноді для самого пацієнта несподівану емоційну реакцію, як правило, негативного характеру.

Судово-психіатрична експертиза психопатів

У стані компенсації (відносного психічного благополуччя) вчинки психопатичної особи в цілому мало відмінні від поведінки здорових осіб і мотивація дій зовні не носить хворобливий характер.

Психопатичні особи, які вчинили правопорушення у стані компенсації (таких абсолютна більшість) визнаються експертними комісіями осудними. Якщо ж у психопата, який скоїв протиправне діяння, виявляються ознаки психопатичної динаміки, декомпенсації, то такі випадки вимагають диференційованої експертної оцінки. Можливе, визнання хворого неосудним, якщо психопатичні реакції будуть свідчити про нездатність даної особи віддавати звіт про свої дії та керувати ними.

Експертиза психопатій в цивільному процесі проводиться рідко. У період компенсації психопати, безсумнівно, дієздатні. Однак це питання повинно вирішуватися з урахуванням конкретного характеру цивільної справи і з'ясування ступеня соціальної адаптації хворого.

Психопатичні особи, які відбувають покарання в місцях позбавлення волі, в випадках розвитку декомпенсації можуть бути направлені на лікування. При поліпшенні стану вони можуть відбувати покарання. Визнання, таких осіб, нездатними відбувати покарання відбувається дуже рідко, в основному при наявності патологічного паранойяльного розвитку особи.

Контрольні питання

1. Епілепсія: загальні відомості, форми та механізм виникнення.

Судово-психіатрична експертиза епілепсії та психопатії.
Травматичні ушкодження головного мозку

2. Великий епілептичний напад.
3. Короткотермінові симптоми епілепсії (малий напад, абсанс). Види аури.
4. Психічні еквіваленти епілепсії.
5. Довготривалі прогресуючі зміни психіки при епілепсії.
6. Форми перебігу епілепсії.
7. Судово-психіатрична експертиза епілепсії.
8. Травматичні ушкодження головного мозку, їх класифікація, стадії перебігу.
9. Клінічні ознаки травматичного ушкодження головного мозку на початковій стадії перебігу захворювання.
10. Клінічні ознаки травматичного ушкодження головного мозку у гостру стадію перебігу захворювання.
11. Клінічні ознаки травматичного ушкодження головного мозку у пізню стадію перебігу захворювання.
12. Клінічні ознаки травматичного ушкодження головного мозку у стадію віддалених травматичних розладів.
13. Судово-психіатрична оцінка посттравматичних психопатоподібних змін особистості.
14. Психопатії: поняття, механізм виникнення, умови формування.
15. Збуджені та гальмівні психопати.
16. Істеричні, мінливі та паранояльні типи психопатів.
17. Судово-психіатрична експертиза психопатій.

Ситуаційні завдання

1. Хворий страждає на епілепсію. Періодично у нього раптово змінюється настрій, з'являється лють, дратівливість, незадоволення оточуючими. В цьому стані на всі зауваження він реагує агресивно. Визначте емоційний стан хворого.

2. У дитини 10 років виникають короткочасні (до 20 секунд) напади виключення свідомості без падіння і судом, які повторюються до 10 разів на добу. Напади раптові, спонтанні,

не пов'язані з дією зовнішніх чинників. Про напади не пам'ятає, після нападів стан задовільний. Неврологічний статус без змін, артеріальний тиск в межах норми. Встановіть діагноз. Назвіть тип нападу.

Тестові завдання

Виберіть одну правильну відповідь

1. Що не відносять до психічних еквівалентів епілепсії?
 - a) абсанс;
 - b) сутінкове потьмарення свідомості;
 - c) транс;
 - d) лунатизм.

2. Що таке сутінкове потьмарення свідомості?
 - a) стан звуженої свідомості, який супроводжується галюцинаціями страхітливого характеру, маренням переслідування;
 - b) стан звуженої свідомості, який виявляється в нічний час;
 - c) нападopodobний безпричинний розлад настрою злісно-тужливого, агресивного характеру зі збереженням свідомості.

3. Що таке психопатія?
 - a) захворювання, яке характеризується раптово виникаючими розладами у вигляді судомних нападів і іншими порушеннями психіки;
 - b) захворювання, яке характеризується стійким вродженим або придбаним зниженням інтелекту;
 - c) захворювання, яке характеризується розладом емоційно-вольової сфери, стійкістю характеріологічних порушень.

Судово-психіатрична експертиза епілепсії та психопатії.
Травматичні ушкодження головного мозку

4. Що не відносять до психічних еквівалентів епілепсії?
- a) ейфорію;
 - b) транс;
 - c) сомнамбулізм.
5. При якому захворюванні зустрічається аура?
- a) шизофренії;
 - b) епілепсії;
 - c) неврастенії;
 - d) психопатії.
6. Які характерні ознаки астенічних психопатів?
- a) надмірна емоційна напруженість, нестриманість, гнів, конфліктність;
 - b) знижена працездатність, хворобливе сприйняття грубості, важка адаптація до нової обстановки;
 - c) м'якість, делікатність, постійний самоконтроль, постійний уявний аналіз своїх вчинків і сумніву в їх правильності;
 - d) підвищена навіюваність, схильність до брехні і вигадок, демонстративна поведінка, в конфліктних ситуаціях – сльози, напади;
 - e) постійна зміна інтересів, сильна схильність впливу навколишніх людей, неможливість тривало зосереджувати свою увагу;
 - f) перебільшення своєї значущості, сексуальні збочення, образливість, крайня конкретність і вузькість мислення, недовірливість, підозрілість.
7. Які характерні ознаки паранояльних психопатів?
- a) надмірна емоційна напруженість, нестриманість, гнів, конфліктність;
 - b) знижена працездатність, хворобливе сприйняття грубості, важка адаптація до нової обстановки;

с) м'якість, делікатність, постійний самоконтроль, постійний мисленневий аналіз своїх вчинків і сумніву в їх правильності;

д) підвищена навіюваність, схильність до брехні і вигадок, демонстративна поведінка, в конфліктних ситуаціях – сльози, напади;

е) постійна зміна інтересів, сильна схильність впливу навколишніх людей, неможливість тривало зосереджувати свою увагу;

ф) перебільшення своєї значущості, сексуальні збочення, образливість, крайня конкретність і вузькість мислення, недовірливість, підозрілість.

8. Що лежить в основі розвитку епілепсії?

а) функціональні розлади центральної нервової системи без органічних змін речовини головного мозку;

б) патологічні типи вищої нервової діяльності, які не супроводжуються психічними симптомами;

с) вроджена або придбана недостатність інтелектуальних функцій;

д) прогресуючі психічні розлади центральної нервової системи з органічними змінами речовини головного мозку.

9. Які основні прояви фази тонічних судом епілептичного нападу?

а) нерухомість, м'язи розслаблені, чутливість відсутня, сноподібний стан, амнезія;

б) судоми м'язів всього тіла, пінява слина, прикушення язика, мимовільне сечовипускання;

с) виключення свідомості, спазм дихальної мускулатури, напруга м'язів.

10. Які основні прояви фази клонічних судом епілептичного нападу?

а) виключення свідомості, спазм дихальної мускулатури, напруга м'язів;

Судово-психіатрична експертиза епілепсії та психопатії.
Травматичні ушкодження головного мозку

б) судоми м'язів всього тіла, пінява слина, прикушення язика, мимовільне сечовипускання;

с) нерухомість, м'язи розслаблені, чутливість відсутня, сноподібний стан, амнезія.

11. Які характерні ознаки збудливих психопатів?

а) надмірна емоційна напруженість, нестриманість, гнів, конфліктність;

б) знижена працездатність, хворобливе сприйняття грубості, важка адаптація до нової обстановки;

с) м'якість, делікатність, постійний самоконтроль, постійне обдумування своїх вчинків і сумніву в їх правильності;

д) підвищена навіюваність, схильність до брехні і вигадок, демонстративна поведінка, в конфліктних ситуаціях – сльози, напади;

е) постійна зміна інтересів, сильна схильність впливу навколишніх людей, неможливість тривало зосереджувати свою увагу;

ф) перебільшення своєї значущості, сексуальні збочення, образливість, крайня конкретність і вузькість мислення, недовірливість, підозрілість.

12. Які характерні ознаки психастенічних психопатів?

а) надмірна емоційна напруженість, нестриманість, гнів, конфліктність;

б) знижена працездатність, хворобливе сприйняття грубості, важка адаптація до нової обстановки;

с) м'якість, делікатність, постійний самоконтроль, постійний уявний аналіз своїх вчинків і сумніву в їх правильності;

д) підвищена навіюваність, схильність до брехні і вигадок, демонстративна поведінка, в конфліктних ситуаціях – сльози, напади;

е) постійна зміна інтересів, сильна схильність впливу навколишніх людей, неможливість тривало зосереджувати свою увагу;

ф) перебільшення своєї значущості, сексуальні збочення, образливість, крайня конкретність і вузькість мислення, недовірливість, підозрілість.

13. Які характерні ознаки нестійких психопатів?

а) надмірна емоційна напруженість, нестриманість, гнів, конфліктність;

б) знижена працездатність, хворобливе сприйняття грубості, важка адаптація до нової обстановки;

с) м'якість, делікатність, постійний самоконтроль, постійний мисленевий аналіз своїх вчинків і сумніву в їх правильності;

д) підвищена навіюваність, схильність до брехні і вигадок, демонстративна поведінка, в конфліктних ситуаціях – сльози, напади;

е) постійна зміна інтересів, сильна схильність впливу навколишніх людей, неможливість тривало зосереджувати свою увагу;

ф) перебільшення своєї значущості, сексуальні збочення, образливість, крайня конкретність і вузькість мислення, недовірливість, підозрілість.

14. Які основні прояви епілептичної коми?

а) виключення свідомості, спазм дихальної мускулатури, напруга м'язів;

б) судоми м'язів всього тіла, пінява слина, прикушення язика, мимовільне сечовипускання;

с) нерухомість, м'язи розслаблені, чутливість відсутня, сноподібний стан, амнезія.

15. Який з наведених психотичних синдромів є більш частим у гострому періоді черепно мозкової травми?

а) делірій;

Судово-психіатрична експертиза епілепсії та психопатії.
Травматичні ушкодження головного мозку

- b) сутінковий стан;
- c) афективні психози;
- d) Корсаківський синдром.

16. Які ознаки психічної аури?

- a) неприємні відчуття в тілі у вигляді поколювання, паління, оніміння, різні види галюцинацій;
- b) неприємні відчуття у внутрішніх органах, відчуття задишки, жару, холоду і т.д.;
- c) стереотипні рухи, гіперкінези, сіпання різних м'язів;
- d) різка зміна емоційного стану (несвідомий страх, тривога, радість).

17. Які ознаки моторної аури?

- a) неприємні відчуття в тілі у вигляді поколювання, паління, оніміння, різні види галюцинацій;
- b) неприємні відчуття у внутрішніх органах, відчуття задишки, жару, холоду;
- c) стереотипні рухи, гіперкінези, сіпання різних м'язів;
- d) різка зміна емоційного стану (несвідомий страх, тривога, радість).

18. Які ознаки вегетативної аури?

- a) неприємні відчуття в тілі у вигляді поколювання, оніміння, різні види галюцинацій;
- b) неприємні відчуття у внутрішніх органах, відчуття задишки, жару, холоду і т.д.;
- c) стереотипні рухи, гіперкінези, сіпання різних м'язів;
- d) різка зміна емоційного стану (несвідомий страх, тривога, радість).

19. Які ознаки сенсорної аури?

- a) різка зміна емоційного стану (несвідомий страх, тривога, радість);
- b) неприємні відчуття у внутрішніх органах, відчуття задишки, жару, холоду і т.д.;

с) стереотипні рухи, гіперкінези, сіпання окремих м'язів;

д) неприємні відчуття в тілі у вигляді поколювання, оніміння, різні види галюцинацій.

20. Що таке сомнамбулізм?

а) стан звуженої свідомості, який супроводжується галюцинаціями страхітливого характеру, маренням переслідування;

б) стан звуженої свідомості, який виявляється в нічний час;

с) нападоподібний безпричинний розлад настрою злісно-тужливого, агресивного характеру із збереженням свідомості.

Рекомендована література

Базова

1. Марчук А.І. Судова психіатрія : навч. посіб. Київ : Атіка, 2004. 239 с.

2. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств : МКБ-10/УСД-10 : Клинич. описания и указания по диагностике / ВОЗ; Пер. на рус. яз. под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. Санкт-Петербург : Адис, 1994. 303 с.

3. Моховиков А.Н. Судебная психиатрия : учеб. пособ. Изд. 2-е, испр. и доп. Одесса : Юридична література, 2002. 174 с.

4. Судова медицина та психіатрія : навч. посіб. / Кікінчук В. В. та ін. Харків : ХНУВС, 2019. 183 с.

5. Цільмак О.М. Судово-психіатрична експертиза: навч. посіб. Одеса: РВВ ОДУВС, 2014. 104 с.

Допоміжна

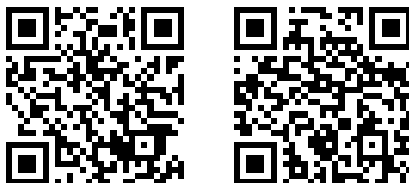
1. Березанцев А.Ю. Судебная психиатрия : учебник. Москва : Проспект, 2016. 660 с.

Судово-психіатрична експертиза епілепсії та психопатії.
Травматичні ушкодження головного мозку

2. Жабокрицький С. В., Чуприков А. П. Судова психіатрія : навч. посіб. Київ : МАУП, 2004. 176 с.

3. Ткаченко А. А. Руководство по судебной психиатрии : практич. пособ. 2-е изд., перераб. и доп. Москва : Издательство Юрайт, 2015. 966 с.

Навчальний відеофільм



ОЛІГОФРЕНІЯ. СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНА ЕКСПЕРТИЗА РЕАКТИВНИХ ТА ВИКЛЮЧНИХ СТАНІВ

МЕТА: засвоїти сучасні уявлення про спадкове слабоумство, загальну характеристику реактивних та виключних станів, їх основні симптоми, форми, варіанти перебігу; ознайомитися з особливостями судово-психіатричної експертизи олігофренії, реактивних та виключних станів.

Основні поняття: олігофренія, ідіотія, імбецильність, дебільність, реактивний стан, невроз, істерія, неврастенія, реактивний психоз, афонія, патологічне сп'яніння, патологічне афект.

За результатами вивчення теми здобувач вищої освіти повинен:

знати:

- спадкове слабоумство (олігофренія): причини, форми перебігу, ознаки, судово-психіатрична оцінку;
- симптоматичні психози: класифікацію, особливості перебігу, судово-психіатричну експертизу;
- визначення поняття “реактивний стан”, механізм та передумови виникнення;
- класифікація реактивних психозів та неврозів, їх клінічні прояви;
- класифікація виключних станів, їх клінічні прояви;
- особливості судово-психіатричної експертизи психогенних захворювань та виключних станів;

уміти:

- виявляти осіб зі спадковим слабоумством та симптоматичними психозами;

Олігофренія. Судово-психіатрична експертиза реактивних та виключних станів

- встановлювати ступінь спадкового слабоумства та походження симптоматичних психозів;
- аналізувати висновки судово-психіатричної експертизи осіб хворих на олігофренію та симптоматичні психози;
- розрізняти осіб, які перебувають у реактивному та виключному стані;
- визначати соціальну та кримінальну небезпечність осіб у реактивному та виключному стані;
- аналізувати висновки судово-психіатричної експертизи осіб у реактивному та виключному стані.

Методичні рекомендації для підготовки до теми заняття

Спочатку необхідно розглянути класифікацію слабоумства та визначити зміст поняття “олігофренія”. З’ясовують причини, які сприяють формуванню спадкового слабоумства (внутрішньоутробного ураження головного мозку, алкоголізм, інфекційні захворювання, порушення обміну речовин та ін.). Наголошують на змінах, які відбуваються у діяльності вищої нервової системи (повільне утворення умовних рефлексів, недостатня активність процесів гальмування, нерозвинутість другої сигнальної системи). Детально з’ясовують зовнішній вигляд олігофрена (непропорційна будова тіла, надто збільшена або зменшена за розмірами голова, тупий вигляд обличчя, напіввідкритий рот, недостатньо координовані рухи, дефекти слуху, зору, мовлення та ін.) та вивчають загальну клінічну картину олігофренії (неспроможність до аналітичного мислення, порушення пам’яті та емоційно-вольової сфери, недостатньо критичне відношення до себе та оточуючих). Звертають увагу на класифікацію ступенів психічної недорозвиненості при спадковому слабоумстві (ідіотія, імбецильність, дебільність). Спочатку характеризують найбільш важку ступінь олігофренії (нездатність до спілкування та елементарних дій та ін.). Далі вивчають середню

ступінь спадкового слабоумства, де порушення вищої нервової діяльності менш виразні (здатність вимовляти короткі фрази, спроможність доглядати за собою та орієнтуватися у обставинах, відсутність абстрактного мислення, потреба у допомозі та піклуванні). Нарешті розглядають легку ступінь олігофренії. Визначають клінічні прояви даної форми слабоумства (спроможні навчатися до 2-3 класу у загальній школі, інтереси спрямовані лише на задоволення фізіологічних потреб, здатні виконувати некваліфіковану роботу, іноді мають сім'ю, але виконують завжди підкорену роль, недостатньо самокритичні, спостерігаються порушення з боку емоційно-вольової сфери та ін.).

Звертають увагу на особливості перебігу спадкового слабоумства, акцентують увагу на стійкому, статичному психічному стані осіб з олігофренією. Наголошують, що ідіоти та імбіцили майже не здатні до скоєння злочину. В той же час, судово-психіатрична експертиза дебілів потребує для визначення ступеня психічної недорозвиненості застосування порівняння з певними віковими етапами психічного розвитку нормальної дитини. Але, разом з тим, відзначають, що при сприятливих позитивних умовах спостерігається поступове покращення розумової діяльності олігофрена.

Вивчення теми слід продовжити з визначення реактивних станів як тимчасових порушень психічної діяльності, які розвиваються в наслідок гострої або тривалої травмуючої ситуації (арешт, слідство та ін.). З'ясовують основні причини, які сприяють виникненню психогенних розладів (спадковість неповноцінної нервової системи, слабкість характеру особистості до випробовувань, негативний вплив хронічних хвороб, травми, стомлення) та механізм виникнення реактивних станів (поява в корі головного мозку надпотужного дратівливого нервового чинника, який спонукає психологічний зрив, що закінчується гальмуванням).

Далі переходять до вивчення класифікації реактивних станів (неврозі, психози). Спочатку з'ясовують основні форми неврозів (неврастенія, істерія, невроз нав'язливого стану) та

Олігофренія. Судово-психіатрична експертиза реактивних та виключних станів

їх відмінності. Торкаючись неврастенії (підвищена збудженість та швидка стомленість) акцентують увагу на причинах її походження (виснажлива розумова діяльність та важка фізична праця, виробничі та сімейні конфлікти, нестача сну та відпочинку), засвоюють початкові (дратівливість на сильні звукові, світлові та інші подразнення, нездатність до тривалого зосередження, труднощі у засвоєнні нової інформації, зниження пам'яті) та більш пізні симптоми (безсоння, головний біль, млявість, зниження настрою, нетерплячість, гнів, пітливість, прискорене серцебиття, тремтіння пальців рук). Потім розглядають найбільш поширену форму неврозу – істерію, її основні прояви (рухові порушення – паралічі, напади, гіперкінези; зниження або втрата чутливості на окремих ділянках тіла; больові відчуття у ділянках деяких органів; істерична сліпота, глухота, блювота; заїкання, втрата голосу – афонія та ін.). Нарешті з'ясовують особливості перебігу неврозу нав'язливого стану та його різновиди (нав'язливі думки, рухи, страхи).

Далі приступають до вивчення реактивних психозів (гострих, підгострих та тривалих). Спочатку розглядають гострі шоківі реактивні психози, які формуються під впливом сильних раптово діючих подразнень і проявляються у формі психомоторного збудження, внаслідок чого настає гальмування стану кори головного мозку у вигляді недиференційованих метушливих рухів, вигуків, немотивованої втечі, іноді потьмареної свідомості. Крім того, вивчають також гострі шоківі реакції - психози страху та гостру мовну спутаність, а також патологічний афект, який супроводжується звуженням свідомості та неможливістю орієнтації у конкретних ситуаціях.

Потім переходять до вивчення підгострих форм психозів. Спочатку розглядають депресивно-параноїдну форму, її особливості перебігу (поступовий розвиток психомоторного гальмування, неприємні соматичні відчуття з подальшим поглибленням пригніченості та побоюванням очіку-

вання, поява ідей самообвинувачення та самовиправдовування). При розгляді другого варіанту підгострої форми психозу - астено-депресивного стану – акцентують увагу на вкрай виразну стомлюваність та швидку виснаженість, яка згодом набуває картини загальної астенії. Нарешті, розглядають найбільш розповсюджений в судово-психіатричній практиці варіант – істеричну депресію, яка вирізняється мінливістю клінічних симптомів (демонстраційність поведінки, короткочасність перебігу, одночасне поєднання туги і гніву та ін.). Крім того, до вивчення підгострих психозів додають психогенні параноїди, що супроводжуються маренням переслідування, які розвиваються на фоні афекту страхіття та розгубленості, а також такі форми психозів як галюцинаторно-параноїдний синдром (звуження свідомості у сноподібному вигляді, зорові та слухові галюцинації, наплив думок, явища дереалізації та деперсоналізації), психогенні галюцинози (тривалі зорові галюцинації на фоні різкого афективного збудження) та групу істеричних психозів (фантастичне марення; неправильні відповіді на прості запитання), псевдодеменція, синдром здичавілості (регресу психіки), психогенний ступор (психомоторне гальмування та мутизм). На закінчення розглядають тривалі реактивні психози та форми їх перебігу (однотипна форма; з загальним регресом психіки; з глибоким порушенням життєдіяльності всього організму).

Торкаючись питання судово-психіатричної експертизи по відношенню до осіб у гострому реактивному стані, звертають увагу на їх мінливий характер перебігу, який часто не дає абсолютних підстав до визнання такого роду хворих неосудними. При визначенні судово-психіатричної оцінки тривалих психогенних психозів акцентують увагу на виснаженості та незворотніх порушеннях у діяльності організму таких хворих, що в окремих випадках зумовлює звільнення їх від кримінальної відповідальності та потребує застосування примусових заходів медичного характеру.

Потім розглядають судово-психіатричну експертизу виключних станів. В першу чергу вивчають патологічне сп'яніння. З'ясовують поняття «патологічне сп'яніння» (короткочасний гострий психічний стан, який супроводжується глибокими змінами свідомості), фактори, які сприяють виникненню (психічні та соматичні захворювання, черепно-мозкова травма та ін.) та форми перебігу (параноїдний та епілептичний варіанти). Далі переходять до розгляду патологічного афекту. Починають з визначення поняття, клінічних ознак та фаз перебігу (підготовча, фаза вибуху, заключна).

Крім того, з'ясовують питання, які вирішує судово-психіатричний експерт при експертизі виключних станів.

Конспект навчального матеріалу

Олігофренія (вроджене слабоумство, вроджена розумова відсталість, розумове недорозвинення) - група патологічних станів з вродженими або рано придбаними порушеннями пізнавальної діяльності, переважно у вигляді інтелектуальної недостатності.

Згідно з сучасними науковими уявленнями, поняття «розумова відсталість» має узагальнене значення, яке об'єднує різні за своїм походженням форми патології психічної діяльності. До цього числа включають форми розумової відсталості, пов'язані з ушкодженням мозку генетичними, органічними, інтоксикаційними і іншими шкідливостями. Виділяють форми, обумовлені впливом несприятливих соціальних і культурних чинників: неправильне виховання, педагогічна занедбаність, негативні соматичні і психогенні фактори впливу, дефекти зору і слуху.

Будь-яка шкідливість, яка діє на не до кінця сформований організм, може призвести до загальної або часткової затримки його розвитку. Досить тривала і сильна патологічна дія на незрілий мозок може призвести до відхилень у його диференціюванні, а, отже, і до порушень в психічному розвитку

дитини. Розумова відсталість широко поширена серед населення всього світу, в залежності від різних причин прийнято вважати, що нею страждають від 1% до 5% людей.

Хворі нерідко звертають на себе увагу вже своїм зовнішнім виглядом: непропорційна статура, череп то значно зменшений (мікроцефалія), то збільшений (гідроцефалія), тупий вираз обличчя, рот напіввідкритий, кінцівки короткі, руху незграбні, незграбні, часто недостатньо координовані. Нерідко є дефекти слуху, зору, мови, пороки розвитку внутрішніх органів.

Характерним для розумової відсталості є недорозвинення мови. Більшість цих осіб починають говорити після 4 років. Повільний розвиток мови іноді є результатом недостатнього розвитку моторики і нездатності володіти своїми руками. У таких випадках розуміння мови починається раніше, ніж розумово відсталі особи починають говорити. В інших випадках недостатність мови більше пов'язана з дефектом вищих психічних функцій, ніж рухових.

Порушення мислення. В результаті недорозвинення вищих психічних функцій порушується здатність узагальнювати минуле і сьогодення, робити висновки і таким чином набувати досвід, нові знання і поняття. Запас знань завжди обмежений, хворі не розуміють їх переносного значення. Найбільш істотним порушенням психічної діяльності осіб з розумовою відсталістю є недостатність критичного ставлення до себе і ситуації, нездатність зрозуміти доцільність своїх вчинків і передбачати їх наслідки, що має найсуттєвіше значення при судово-психіатричних експертизах.

Емоційні переживання таких хворих обмежені інтересами, які мають до них безпосереднє відношення. Чим сильніше виражена розумова відсталість, тим більше бажань, спрямованих на задоволення елементарних потреб (вгамувати голод, уникнути холоду і т.д.). Вони рідко відчувають недоволення собою, в їх поведінці переважають афективні реакції.

Переважну більшість розумово відсталих осіб відрізняє підвищена сугестивність і пасивна підпорядкованість. Однак не всі вони здійснюють протиправні дії. Для реалізації суспільно небезпечних дій в ряді випадків необхідна ініціатива, яка випливає з найближчого оточення.

За глибиною і тяжкістю психічних порушень незалежно від форми, розумово відсталість підрозділяють на ідіотію, імбецильність і дебільність. Розумово відсталі особи з ідіотією судово-психіатричну експертизу не проходять. Особи з імбецильністю в судово-психіатричній клініці зустрічаються дуже рідко.

Ідіотія є найбільш важким ступенем розумової відсталості. У хворих з ідіотією практично не може бути повністю сформована якась мова, вони погано розуміють звернення до них. Нерідко їх єдиною мовною реакцією на приємні або неприємні для них подразники є протяжні або уривчасті крики, мукання. У них настільки виражені порушення рухової сфери, що вони не можуть самостійно пересуватися, сидять в одній і тій же позі, розгойдуються з боку в бік, здійснюють одноманітні рухи. Ці хворі абсолютно неукі, вони не можуть засвоїти навички охайності, їх неможливо привчити до самообслуговування. У них переважає пасивно байдужий настрій, який іноді змінюється на короткочасні спалахи люті, безмотивне і хаотичне збудження, зумовлене, як правило, відчуттям голоду. Судово-психіатричну експертизу вони не проходять.

Приблизно 10% розумово відсталих осіб страждають *імбецильністю*. Порушення психічної діяльності тут менш виражені, ніж при ідіотії, хворі можуть вимовляти короткі фрази, вони розуміють нескладну, звернену до них чужу мову. Вони виявляють елементарні, але все ж різноманітні і диференційовані реакції на зовнішні подразники, здатні орієнтуватися в звичній обстановці, але не сприймають нове. Шляхом наполегливої роботи їх можна привчити до догляду за собою, до виконання нескладної, простої роботи, яка не вимагає будь-якої активності і кваліфікації. Словниковий запас,

при всій дефектності мови, порушення артикуляції, становить 200 слів. Деякі з таких осіб можуть вчитися в допоміжній школі, засвоюючи лише простий рахунок, зображення окремих букв і цифр, читання по складах окремих слів. Вони впізнають своїх близьких, іноді далеких родичів. Орієнтуючись в знайомій обстановці, абсолютно губляться в новій ситуації. Емоційні реакції їх мало диференційовані, обумовлені задоволенням або незадоволенням актуальних нижчих потягів (відчуття голоду, холоду і тепла). Поведінкові акти непослідовні, імпульсивні, немає будь-якого плану і прогнозу своїх дій, абсолютно відсутня ініціатива і самостійність. У хворих з імбецильністю можуть бути епізоди сексуального збудження, коли вони здійснюють суспільно небезпечні дії. Найчастіше це згвалтування або хуліганство у вигляді експлібіціонізму (публічне оголення). Якщо такі хворі здійснюють протиправні дії, то при судово-психіатричній експертизі вони визнаються неосудними.

Дебільність - легка ступінь розумової відсталості. Серед всіх розумово відсталих осіб особи з дебільністю складають близько 85-90%. Особи з дебільністю, направляються на судово-психіатричну експертизу як обвинувачені або потерпілі.

Незважаючи на загальні ознаки розумової відсталості вони часто відвідують загальноосвітню школу, але вже на самому початку свого навчання встигають дуже погано, не можуть повноцінно засвоїти навіть елементарний навчальний матеріал. У ряді випадків непогана механічна пам'ять, посидючість, наполегливість батьків і зусилля педагогів дозволяють хворим освоїти програму початкової школи, навчання в старших класах їм недоступне. Особи з дебільністю закінчують не більше 3-4-х класів і переводяться на навчання у допоміжну школу. Такі особи можуть виконувати деякі види некваліфікованої праці, всі трудові процеси виконують механічно. Їх інтереси сконцентровані переважно на задоволенні фізіологічних потреб, їх мало займає суспільне життя, ще в меншій мірі цікавлять якісь питання і події.

Особи з дебільністю все ж здатні узагальнювати життєвий досвід, робити нескладні та практичні висновки. При помірній та легкій дебільності вони досить добре адаптуються до повсякденних вимог, вибирають посильні для себе види діяльності, самостійно організують свій побут, не потребують допомоги психіатра.

Судово-психіатрична експертиза олігофренії

При ідіотії, зважаючи на важкий психічний стан, не може бути будь-якої протиправної поведінки, як і не можуть бути ситуацій, коли вони можуть бути позивачами або відповідачами. Хворі повністю безпорадні, потребують постійного нагляду, опіки. Якщо ж щодо них здійснюються будь-які протиправні дії, то вони як потерпілі не можуть правильно сприймати обставини, які мають значення для справи, і давати про них правильні показання.

Особи з розумовою відсталістю за ступенем імбецильності при здійсненні суспільно небезпечних дій не можуть свідомо регулювати свою поведінку, такі їх дії характеризуються імпульсивною, неусвідомлюваною підпорядкованістю, сугестивністю. Будь-яке розуміння протиправності своїх дій відсутнє, грубо порушена критична оцінка свого стану. Тому щодо осіб з імбецильністю приймається рішення про неможливість усвідомлювати фактичний характер і суспільну безпеку своїх дій або керувати ними, тобто про неосудність.

Як правило, особи з дебільністю, за винятком випадків вираженої дебільності, визнаються осудними і дієздатними, а в тих випадках, коли вони проходять експертизу як потерпілі, приймається рішення про їхню здатність за психічним станом правильно сприймати обставини, які мають значення для справи, і давати про них правильні свідчення.

Слід також враховувати, що хоча особи з дебільністю часто і розуміють певні конкретні вимоги закону, які не вимагають будь-якої складної інтелектуальної оцінки, але вимоги

закону, які засновані на більш складних відносинах і висновках, часто ними не усвідомлюються, особливо в юнацькому віці. Тому вважати їх осудними щодо деяких правопорушень слід з великою обережністю

Серед потерпілих, які направляються на судово-психіатричну експертизу для вирішення питання про їхню здатність за психічним станом правильно сприймати обставини, які мають значення для справи, і давати про них правильні показання, приблизно кожен третій - неповнолітній з дебільністю. Як правило, це дівчата, які стали жертвами сексуальних правопорушень. Значно рідше йдуть на судово-психіатричну експертизу свідки з розумовою відсталістю.

Необхідно пам'ятати, що в період слідства потерпілі можуть розгубитися, давати плутані і суперечливі свідчення. Іноді спостерігаються і зворотні явища, коли вони вперто наполягають на явно неправдоподібних і суперечливих відомостях. Завдяки підвищеній сугестивності (особливо в стані розгубленості) вони можуть давати ті або інші відповіді в залежності від форми поставленого питання і тону, в якому він був поставлений (при позитивній формі на питання відповідають ствердно, при негативній - негативно). Крім того, свідочтва можуть бути неповноцінними в результаті невміння охопити ситуацію в цілому, поганого орієнтування в часі, неможливості відтворити ряд явищ в їх послідовному зв'язку, невміння встановлювати схожість і відмінності.

РЕАКТИВНІ СТАНИ

Це тимчасові, оборотні розлади психіки при дії надсильних несприятливих обставин, які викликають позамежне гальмування.

Сприятливі фактори: стрес, інфекція, інтоксикація, перевтома, травми.

Реактивні стани поділяють на *неврози і реактивні психози*.

Неврози

у свою чергу поділяються на:

- *неврастенію* (дратівливість, зниження пам'яті, безсоння, головний біль, вегетативні порушення - пітливість, прискорене серцебиття, задишка, тремтіння пальців рук);
- *істерію* (уявний параліч, напади, гіперкінези - тремтіння рук, втрата чутливості, істерична сліпота, глухота, блювота, різні болі, вегетативні розлади);
- *невроз нав'язливих станів* (нав'язливі думки, міркування, страхи - фобії).

Судово-психіатрична експертиза

Питання осудності всупереч складності і різноманітності клінічної картини психогенних розладів вирішується відносно просто. У випадках, коли встановлені невротичні розлади в будь-якому варіанті, можна з упевненістю стверджувати, що такі особи могли керувати своєю поведінку, розуміти протиправність вчинку і можуть нести відповідальність згідно із законом.

Реактивні психози

поділяють на гострі, підгострі, хронічні.

Відмінності між цими типами психічних розладів, обумовлених психічною травмою, полягають в тому, що людина, яка страждає неврозом, усвідомлює свою хворобу, розуміє (або вважає, що розуміє) її причину, прагне позбутися від обтяжливих невротичних розладів, звертається за лікарською допомогою, оцінює розлад як хворобливий стан, який заподіює йому страждання. При психозах, за винятком різних варіантів депресивних станів, такого критичного ставлення до психічних порушень, які з'явилися, як правило, не буває, а самі розлади більш виражені і позбавляють пацієнта можливості адекватної поведінки в ситуації, яка складається.

Судово-психіатрична практика свідчить, що серед клінічних форм реактивних психозів кримінальний відтінок

можуть мати насамперед посттравматичний стресовий синдром і реактивний параноїд.

Затяжна психогенна реакція на травматичну подію або ситуацію називається посттравматичним стресовим синдромом (ПТСС). Обставини, які впливають на психіку людини в цих випадках, несуть реальну загрозу життю. До них відносяться природні катастрофи, серйозні техногенні аварії, участь в бойових операціях, нещасні випадки та ін. Психоз виявляється підвищеною збудливістю, порушенням сну, легко виникають страхи і побоюваннями за себе і своїх рідних. Ці ознаки виникають на тлі депресивного настрою, нерідко виявляються суїцидальні спроби, іноді несподівані для тих, хто оточує хворого. Такі особи часто починають зловживати алкоголем і наркотиками з метою уникнути постійних неприємних переживань і пригніченого настрою.

Реактивний параноїд в судовій практиці частіше зустрічається у осіб після арешту, коли на тлі афективної напруги розвиваються маячні ідеї. Параноїдні стани гостро виникають у військовополонених, в обвинувачених і засуджених та ін. Інколи психотравмуючими факторами виступають шкідливості, які послаблюють нервову систему: перевтома, недосипання, вживання спиртних напоїв. Тому вони нерідко зустрічаються в осіб, які тривалий час знаходяться в дорозі.

Хворі перебувають у постійній напрузі, переважає страх і тривога. Фон настрою зазвичай знижений. Нерідко вони відчують слухові галюцинації, які також пов'язані з несприятливою ситуацією арешту і слідства: чують голоси слідчого, який продовжує допитувати вночі, голос цей чується через стіни, з коридору; вони скаржаться на тяжке становище і т. д.

Судово-психіатрична експертиза реактивних психозів

При вирішенні питання про час виникнення реактивного стану, наявність чи відсутність психотичних розладів у період скоєння протиправних дій слід пам'ятати, що зазвичай

реактивні порушення появляються після вчинення проти-правних дій; цьому сприяють обстановка проведення слідчих дій, факт затримання і взяття під варту.

Скоєння кримінальних дій у стані реактивного психозу трапляється в практиці дуже рідко, іноді в стані депресії вчиняються спроби самогубства або вбивства близьких за типом розширеного самогубства. При реактивному параноїді хворі, котрі вважають себе переслідуваними, захищаючись від уявних переслідувачів, також можуть скоювати тяжкі агресивні вчинки. Звісно, що коли протиправні дії були вчинені в стані реактивного психозу, потрібно говорити про неосудність стосовно цих діянь. У більшості ж випадків реактивні стани виникають після скоєння правопорушення як реакція на тяжку психогенно травмуючу ситуацію, що склалася.

При гострих і підгострих реактивних психозах, які мають короткочасний характер і є повністю зворотними, видужання настає, зазвичай, ще під час перебування особи на стаціонарній експертизі. Тому вирішення питання про продовження слідства, можливість участі досліджуваного в судовому процесі чи перебування в місцях позбавлення волі не викликає утруднень. Труднощі ж виникають при вирішенні тих же питань при затяжних реактивних психозах, що характеризуються різноманіттям варіантів перебігу та різним закінченням.

Відповідно до вищезазначених законодавчих актів основним завданням при експертизі хворих затяжними реактивними психозами є визначення глибини і тяжкості хворобливого стану та можливість його прогнозування.

Затяжні реактивні психози, клінічна картина яких характеризується однотипним або трансформованим перебігом із переважанням істеричних синдромів, не дивлячись на затяжний характер, у прогностичному плані є найсприятливішим. Тому в подібних випадках можна позитивно вирішувати питання про осудність, але через тривалість перебігу реактив-

ного психозу хворих потрібно направляти на примусове лікування до видужання, після чого вони можуть предстати перед судом і нести відповідальність.

Засуджених також слід направляти на лікування в психіатричні заклади місць позбавлення волі. Переважно такі заходи дуже ефективні. Після відповідної активної терапії, в тих випадках, коли виявляється психогенне походження захворювання, хворі можуть притягатися до кримінальної відповідальності і предстати перед судом (обвинувачені) або ж продовжувати відбування покарання (засуджені) після одужання.

У рідкісних випадках судово-психіатричної експертизи при вирішенні питання про дієздатність у цивільних справах (вступ до шлюбу, складання заповіту тощо), коли реактивні стани частіше виникають після здійснення цивільно-правового акту, тільки глибокі реактивні розлади вважаються такими, які тягнуть за собою недійсність укладених у такому стані цивільно-правових угод і рішень. Розлади ж легкого та помірною ступеня не позбавляють хворих правильно і відповідально вести свої справи.

Судово-психіатрична експертиза виключних станів

Виключні стани виникають здебільшого в осіб, які не страждали на психічні захворювання, і є, зазвичай, єдиним епізодом за все життя досліджуваної особи.

Саме через епізодичність, короткочасність і необхідність детальної ретроспективної реконструкції ситуації, що мала кримінальні наслідки, а не характер розповсюдженості, судово-психіатрична експертна оцінка виключних станів буває складною. За сучасною статистикою кількість осіб, у яких виявляються виключні стани, не перевищує 2% від загального числа визнаних неосудними. Раніше ж мала місце значна гіпердіагностика цих станів – у більш, ніж третини визнаних неосудними.

Олігофренія. Судово-психіатрична експертиза реактивних та виключних станів

Виключні стани – це група тимчасових розладів психічної діяльності. Вони об'єднуються такими загальними клінічними ознаками, як раптовий початок, нетривалість (хвилини, рідко – години), наявність розладнаного, переважно присмеркового потьмарення свідомості з повним або частковим забуванням подій, які відбувалися в той час.

До виключних станів відносять:

- патологічне сп'яніння;
- присмеркові стани свідомості, що не є симптомом якогось хронічного захворювання;
- патологічні просонкові стани;
- патологічний афект;
- реакція “короткого замикання”.

Серед виключних станів частіше за інші трапляється патологічне сп'яніння. За ним йдуть присмеркове потьмарення свідомості і патологічні просонкові стани. Рідше зустрічаються патологічний афект і ще рідше – реакція “короткого замикання”.

Виокремленні в особливу групу, поєднані узагальнюючою подібністю клінічної картини, особливостями перебігу патогенетичних механізмів, значними труднощами, які виникають при розпізнанні, виключні стани мають певну єдність діагностичних і судово-психіатричних критеріїв в їх оцінці. Їхнього найважливішою характерною спільною рисою є психотичний характер. Основною ознакою, характерною для всіх форм виключних станів, є виникнення при них симптомів розладнаної свідомості. Як правило, мова йде про різні за своїми психопатологічними особливостям присмеркові розлади свідомості. Виключні стани закінчуються або сном, або виразним психічним і фізичним виснаженням, аж до розвитку прострації (крайній ступінь виснаження психічних і фізичних сил). Амнезія психотичного стану повна або часткова.

Виключні стани можуть виникати у практично здорових людей, але й можуть відігравати роль певні відхилення в

психіці. Вони можуть бути зумовлені тяжкістю залишкових явищ, перенесених у минулому органічних захворювань центральної нервової системи (інфекції, інтоксикації, черепно-мозкові травми), алкоголізму, психопатичного складу характеру, невротичних розладів. Разом з тим залишається і значимість легкого патологічного шоку.

Патологічний афект і реакція “короткого замикання” частіше виникає у психопатичних осіб або при невротичних розладах під впливом психотравми. При цьому для патологічного афекту крім тяжкості і раптовості психічної травми, мають велике значення тимчасово послаблюючі фактори, тоді як для реакції “короткого замикання” ця попередня астенізація не є обов’язковою. Все ж усі виключні стани поєднує їх велика рідкісність, здебільшого одноразовий характер на протязі всього життя однієї і тієї ж особи (виключеннями є стани патологічного сп’яніння та присмеркові стани, які можуть іноді повторюватися).

Патологічне сп’яніння проявляється раптово розладом психічної діяльності у вигляді сутінкового стану з маренням, галюцинаціями, важким руховим збудженням.

Виникає цей стан зазвичай раптово і навіть після прийому дуже невеликої кількості алкоголю. Різко змінюється стан і поведінку сп’янілого. Свідомість порушується, орієнтування в просторі втрачається, з’являється помилкове і хворобливе сприйняття навколишньої дійсності. Це супроводжується тривогою, розгубленістю, страхом. Зникають фізичні ознаки сп’яніння: рухи людини, яка перейшла зі звичайного сп’яніння в патологічне, стають правильними, сильними і точними, хода - твердої, впевненої, мова виразною.

Втрачаються риси п’яного стану. Поведінка набуває характеру зовнішньої доцільності. Хворі в цьому стані дуже небезпечні, спрямованість їх поведінки визначається вмістом божевільних ідей, які виникають у них, і галюцинацій. При цьому можливі агресія, жорстокі, безглузді злочини. Патологічне сп’яніння триває від декількох хвилин до декількох

годин. Закінчується зазвичай глибоким сном, після чого хворий, як правило, нічого не пам'ятає.

Суттєве значення для діагностики патологічного сп'яніння має поведінка обстежуваного після правопорушення. Особи, які перебувають в звичайному алкогольному сп'янінні, при затриманні їх працівниками поліції зазвичай чинять опір, вступають в конфлікт, продовжують скандалити і т. д. Подібної поведінки ніколи не буває у особи, яка перенесла патологічне сп'яніння. При затриманні такі особи байдужі до того, що трапилося, їх спокій не відповідає ситуації. Іноді вони напружено, перелякано озирються по боках, прагнуть пригадати щось, здригаються при зверненні до них. Відзначається загальна фізична слабкість, різка втома. Особа, яка вчинила правопорушення в стані патологічного сп'яніння, визнається неосудною так як знаходилася в стані тимчасового розладу психічної діяльності, яке зробило її нездатною усвідомлювати свої дії та керувати ними.

Патологічний афект. Ця форма виключних станів виникає в зв'язку з раптовою та інтенсивною психічною травмою. Не дивлячись на короткочасність, у розвитку патологічного афекту можна з певною умовністю визначити три фази: підготовчу, фазу вибуху та заключну.

У підготовчій фазі під впливом психічної травми (тяжка образа, неочікувана глибоко вражаюча звістка тощо) проходить різке наростання афективної напруги з концентрацією всієї уваги лише на травмуючому моменті. Здатність спостерігати й оцінювати те, що відбувається, усвідомлювати й оцінювати свій власний стан глибоко порушується або просто стає неможливою.

У фазі вибуху виникає напружений афект гніву або невдоволення поєднується з глибоким потьмаренням свідомості і нестямним руховим збудженням, яке має автоматичний нецілеспрямований чи агресивний характер. Фаза вибуху супроводжується характерним зовнішнім виразом зі

спотворенням рис почервоного або зблідлого обличчя, наявністю надзвичайно виразних рухів, зміною ритму дихання.

Заключна фаза характерна різким виснаженням психічних і фізичних сил, що тягне за собою або сон або стан, близький до протрації, з відсутнім виглядом, байдужістю до скоєного. Спогади про те, що сталося, мають уривчастий характер, але частіше не зберігаються.

У судово-психіатричній практиці постійно виникає необхідність диференціювати патологічний афект від афекту фізіологічного. Для останнього не є характерним розвиток зі зміною фаз у наведеній послідовності; епізод не завершується сном або різким психофізичним виснаженням, однак кардинальною відмінністю цих станів є відсутність при фізіологічному афекті потьмарення свідомості.

Реакція «короткого замикання». Цей короткочасний розлад виникає в результаті тривалого, інтенсивного, переносимого мовчки, афективного напруження у формі тужливого настрою, відчаю, що нерідко поєднується з тривожним очікуванням. У свідомості домінують уявлення, пов'язані з домінуючим афектом.

Скоєння протиправної дії, котра досі не передбачалася, визначається миттєво складеною, часто зовсім випадковою ситуацією. Клінічна картина цього вкрай рідкісного розладу визначається або порушенням свідомості з автоматичними діями або виразними, не відповідними до приводу афективними порушеннями з імпульсивними вчинками, котрі призводять до скоєння небезпечних дій, які направлені проти себе чи оточуючих. Завершується реакція "короткого замикання" або сном, або різким психофізичним виснаженням. Спогади про епізод фрагментарні.

Судово-психіатрична оцінка виключних станів

Діагностика виключних станів майже завжди спричиняє значні утруднення. Завдяки своїй короткочасності вони

майже ніколи не бувають предметом безпосереднього лікарського спостереження. Як правило, клінічну картину хворобливого стану, доводиться відновлювати ретроспективно, через якийсь, навіть значний, проміжок часу, базуючись на даних судової справи, які можуть виявитися недостатніми в цьому плані. Тому дуже важливого значення набувають показання свідків, котрі бачили картину психічного розладу. За окремими, часто роздрібненими та суперечливими показаннями свідків і за матеріалами слідчої справи шляхом їх зіставлення проводиться якомога повніше відновлення картини епізоду, який був. Ця діагностична оцінка має спрямовуватися на констатацію основних клінічних ознак виключних станів. Головним з них є наявність під час епізоду стану потьмарення свідомості. Показання свідків можуть сприяти з'ясуванню таких клінічних фактів, як дезорієнтованість в навколишньому середовищі, особливості висловлювань, за якими можна говорити про галюцинаторно-маячні та інші розлади, характер вчинків (наявність у них стереотипних дій, незалежність цих дій від ситуації, яка в той час мала місце), зовнішній вигляд досліджуваного у той період. Нарешті, такі показання можуть допомогти виявленню етапів і послідовності розвитку хворобливого епізоду, де надто велике значення мають особливості його закінчення – виникнення психічного та фізичного виснаження або наступлення сну.

В висновку судово-психіатричної експертизи повинні бути наведені чіткі клінічні критерії, на яких базується діагноз виключного стану. Головним з них є доведення існування потьмарення свідомості. При діагностиці виключних станів досліджувані визнаються неосудними.

Контрольні питання

1. Олігофренія: визначення поняття та причин виникнення, механізм порушень вищої нервової діяльності при олігофренії.

2. Зовнішні та внутрішні характерні прояви олігофренії.
3. Клінічні форми олігофренії. Ідіотія.
4. Імбецильність та дебільність.
5. Судово-психіатрична експертиза осіб зі спадковим слабоумством.
6. Визначення поняття “реактивний стан”, механізм, передумови виникнення та класифікація.
7. Класифікація неврозів. Неврастенія, її клінічні прояви.
8. Істерія та її ознаки.
9. Невроз нав'язливого стану, особливості перебігу.
10. Судово-психіатрична експертиза неврозів.
11. Реактивні психози: визначення, особливості перебігу, класифікація.
12. Гострі реактивні психози: форми, ознаки.
13. Підгострі реактивні психози: форми, клінічні прояви.
14. Тривалі реактивні психози, особливості їх перебігу.
15. Судово-психіатрична експертиза реактивних психозів.
16. Виключні стани: класифікація, варіанти перебігу, судово-психіатрична оцінка.

Ситуаційні завдання

1. Хворій 13 років. Фізичний розвиток відповідає 6-річній дитині. Череп малих розмірів, вираз обличчя беззмістовний, рот відкритий, з нього витікає слина. Цілими днями сидить в ліжку, стереотипно розгойдуючись вперед-назад. На оточуючих не реагує, зрідка видає окремі звуки. Їсть за допомогою медичного персоналу, неохайний. Вкажіть рівень розумової відсталості.

2. В одній із квартир міста виявлені два трупи – чоловіка середнього віку і жінки похилого віку. Перед очима оперативників, які приїхали на виклик на місце події, стало страшне

Олігофренія. Судово-психіатрична експертиза реактивних та виключних станів

видовище: трупи були спотворені, порізані. Оперативно-слідчій групі знадобилося лише 1,5 години, щоб знайти вбивцю. Їм виявився 45-річний син вбитої, котрий показав, що напередодні ввечері вони з приятелем розпивали спиртні напої, після чого мати, яка мешкала разом з ним, а також гість, почали здаватися йому «чудовиськами», які загрожували йому, бажаючи вбити і т.п. Не довго думаючи, п'яний чоловік схопив ніж і розправився з «кривдниками». На даний момент чоловік плаче, кається у вчиненому, просить щоб його засудили. Про який патологічний розлад свідомості йде мова в даному випадку?

3. Хворий звернувся до лікаря зі скаргами на те, що в останній час у нього погіршилося самопочуття. Нема звичайного відчуття бадьорості. Звичайну роботу виконує з деякими труднощами, при відносно невеликих фізичних навантаженнях вкривається потом, відчутно прискорюється серцебиття. Не може довготривало зосереджуватися на будь-яких явищах. Починаючи якусь справу, швидко втрачає працездатність, з'являється необґрунтована дратівливість. Він намагається стримувати себе, але не завжди може з собою впоратися. Відчуває себе розбитим, погіршився настрої, тому намагається уникати конфліктів, "береже" себе. Краще відчуває себе, якщо навколо тихо й спокійно. Важко засинає, заважають думки, які лізуть у голову. За ніч декілька разів прокидається та довго не може заснути. Необхідно визначити вид невротичного розладу.

Тестові завдання

Виберіть одну правильну відповідь

1. Як називається вроджене слабоумство?
 - a) деменція;
 - b) інфантилізм;
 - c) олігофренія.

2. Як називають середню ступінь вродженого слабоумства?

- a) імбецильність;
- b) ідіотія;
- c) дебільність.

3. Які основні прояви дебільності?

a) відсутність мови, а також орієнтації в навколишньому оточенні, неможливість самостійного пересування, стан повної байдужості із спалахами люті;

b) вимова коротких фраз, орієнтація в навколишньому оточенні, нездатність до абстрактного мислення, потребує допомоги і опіки близьких;

c) навчання в допоміжній школі, виконання некваліфікованої роботи, можливість створення сім'ї.

4. Що таке реактивний стан?

a) хворобливий стан, при якому вроджені аномалії характеру ускладнюють пристосування особи в соціальному середовищі;

b) тимчасові розлади психіки при дії сильних несприятливих обставин;

c) хронічні захворювання головного мозку з судомними і безсудомними нападами, а також хронічними змінами особистості.

5. Що не відносять до неврозів?

- a) неврастенію;
- b) істерію;
- c) психопатію;
- d) невроз нав'язливого стану.

6. Які основні прояви істерії?

a) зниження працездатності і апетиту, головний біль, безсоння, прискорення серцебиття; коливання артеріального тиску, пітливість;

Олігофренія. Судово-психіатрична експертиза
реактивних та виключних станів

б) припадки, паралічі, спазми, тимчасова сліпота і глухота, нестійкість настрою, демонстративність;

с) важко переборні сумніви, тривога, рухові реакції у вигляді сіпань, мигання.

7. Що не відносять до виняткових станів?

а) патологічне сп'яніння;

б) патологічний афект;

с) дисфорія.

8. Що лежить в основі розвитку реактивних станів?

а) функціональні розлади центральної нервової системи без органічних змін речовини головного мозку;

б) патологічні типи вищої нервової діяльності, що не супроводжуються психічними симптомами;

с) вроджена або придбана недостатність інтелектуальних функцій.

9. Що відносять до реактивних станів?

а) олігофренію;

б) психопатію;

с) неврози.

10. Які основні прояви неврастенії?

а) важко переборні сумніви, тривога, рухові реакції у вигляді сіпань, миготіння;

б) біль, припадки, паралічі, спазми, тимчасова сліпота і глухота, нестійкість настрою, демонстративність;

с) зниження працездатності і апетиту, головний біль, безсоння, прискорення серцебиття; коливання артеріального тиску, пітливість.

11. Що лежить в основі розвитку слабоумства?

а) функціональні розлади центральної нервової системи без органічних змін речовини головного мозку;

б) патологічні типи вищої нервової діяльності, що не супроводжуються психічними симптомами;

с) вроджена або придбана недостатність інтелектуальних функцій.

12. Як називають придбане в процесі хвороби слабоумство?

а) деменція;

б) інфантилізм;

с) олігофренія.

13. Як називається легка ступінь вродженого слабоумства?

а) імбецильність;

б) ідіотія;

с) дебільність.

14. Як називається важка ступінь вродженого слабоумства?

а) ідіотія;

б) дебільність;

с) імбецильність.

15. Які основні прояви ідіотії?

а) відсутність мови, а також орієнтації в навколишньому оточенні, неможливість самостійного пересування, стан повної байдужості із спалахами люті;

б) вимова коротких фраз, орієнтація в навколишньому оточенні, нездатність до абстрактного мислення, потребує допомоги і опіки близьких;

с) навчання в допоміжній школі, виконання некваліфікованої роботи, можливість створення сім'ї.

Олігофренія. Судово-психіатрична експертиза
реактивних та виключних станів

16. Які основні прояви імбецильності?

а) відсутність мови, а також орієнтації в навколишньому оточенні, неможливість самостійного пересування, стан повної байдужості зі спалахами люті;

б) вимова коротких фраз, орієнтація в навколишньому оточенні, нездатність до абстрактного мислення, потребує допомоги і опіки близьких;

с) навчання в допоміжній школі, виконання некваліфікованої роботи, можливість створення сім'ї.

17. Які ознаки реактивного ступору?

а) нерухомість, перебування в одній позі, хворі не розмовляють, не відповідають на питання;

б) різко знижений настрій, внутрішня напруга, хворі загальмовані, насилу вступають в контакт, самозвинувачення, думки про самогубство;

с) необґрунтовані підозри, страх, тривога, відчуття недовіри до оточення, марення відношення і переслідування, можливі ілюзії і галюцинації.

18. Які основні прояви неврозів нав'язливих станів?

а) важко переборні сумніви, тривога, рухові реакції у вигляді сіпань, мигання;

б) напади, паралічі, спазми, тимчасова сліпота і глухота, нестійкість настрою, демонстративність;

с) зниження працездатності і апетиту, головний біль, безсоння, прискорення серцебиття; коливання артеріального тиску, пітливість.

19. Що характерно для патологічного сп'яніння?

а) різке наростання афектної напруженості з концентрацією всіх уявлень тільки на психогенному обумовленому подразнику, порушення здатності критично оцінювати і усвідомлювати стан, напружений афект обурення або несамови-

тості у поєднанні з глибоким потьмаренням свідомості і несамовитим руховим збудженням, яке носить автоматичний і безцільний або агресивний характер;

б) стан в наслідок тривало існуючої, інтенсивної напруги у формі туги або відчаю, що нерідко поєднується з тривожним очікуванням, порушення свідомості з автоматичними діями або вираженими, не відповідними приводу, афектними порушеннями з імпульсивними вчинками, що призводять до здійснення небезпечних дій, у вигляді агресії, аутоагресії і суїциду;

с) гостро виникаючий розлад психічної діяльності після прийому невеликих доз алкоголю у вигляді сутінкового потьмарення свідомості з маренням, галюцинаціями, важкими руховими порушеннями;

д) стан типового пробудження після глибокого сну з нерівномірним переходом від сну до неспанья окремих систем головного мозку, що супроводжується потьмаренням свідомості, глибокою дезорієнтацією, з яскравими, образними, страхітливими сновидіннями, галюцинаторно-маренними переживаннями.

20. Що таке патологічний ефект?

а) різке наростання афектної напруженості з концентрацією всіх уявлень тільки на психогенному обумовленому подразнику, порушення здатності критично оцінювати і усвідомлювати стан, напружений афект обурення або несамовитості у поєднанні з глибоким потьмаренням свідомості і несамовитим руховим збудженням, яке носить автоматичний і безцільний або агресивний характер;

б) стан в наслідок тривало існуючої, інтенсивної напруги у формі туги або відчаю, що нерідко поєднується з тривожним очікуванням, порушення свідомості з автоматичними діями або вираженими, не відповідними приводу, афектними порушеннями з імпульсивними вчинками, що призводять до здійснення небезпечних дій, у вигляді агресії, аутоагресії і суїциду;

с) гостро виникаючий розлад психічної діяльності після прийому невеликих доз алкоголю у вигляді сутінкового потьмарення свідомості з маренням, галюцинаціями, важкими руховими порушеннями;

д) стан типового пробудження після глибокого сну з нерівномірним переходом від сну до неспання окремих систем головного мозку, що супроводжується потьмаренням свідомості, глибокою дезорієнтацією, з яскравими, образними, страхітливими сновидіннями, галюцинаторно-маренними переживаннями.

Рекомендована література

Базова

1. Білецька Г.А. Судова медицина та судова психіатрія : підручник. Харків : Право, 2018. 375 с.
2. Колесник В.А. Судова психіатрія : курс лекцій. Київ : Юрінком Інтер, 2000. 128 с.
3. Марчук А.І. Судова психіатрія : навч. посіб. Київ : Атіка, 2004. 239 с.
4. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств : МКБ-10/УСД-10 : Клинич. описания и указания по диагностике / ВОЗ ; пер. на рус. яз. под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. Санкт-Петербург : Адис, 1994. 303 с.
5. Погорелов І.І., Манаєнкова О.Д. Психіатрія і наркологія: підручник. Вид. 2-е, випр., Київ : Медицина, 2018. 320 с.

Допоміжна

1. Психіатрія і наркологія : підручник для студ. ВНЗ / Сонник Г. Т. та ін. ; за ред. О. К. Напрєєнка. Вид. 3-е, випр. Київ : Медицина, 2017. 422 с.
2. Психопатологічні синдроми : навч. посіб. / Русіна С. М. та ін. Чернівці : БДМУ, 2017. 128 с.
3. Юнак В. Ю. Депрессия : монография. Киев : Здоров'я, 2012. 256 с.

Навчальний відеофільм



Навчальне видання

Недоступ Микола Федорович

СУДОВА МЕДИЦИНА ТА ПСИХІАТРІЯ

Навчально-методичний посібник

За редакцією автора
Технічний редактор *А. С. Кудінов*
Комп'ютерне верстання *А. С. Кудінов*
Підписано до друку 30.05.2021.
Формат 60x84 1/16 Ум. друк. арк. 17,7.
Тираж 100 прим. Зам. № 26/12.

ВИДАВЕЦЬ

Луганський державний університет внутрішніх справ
імені Е. О. Дідоренка.

93400, м. Северодонецьк, вул. Донецька, 1.
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 2692
від 17.11.2006 р.

ВИГОТОВЛЮВАЧ

Поліграфічне підприємство СПД Румянцева Г. В.
54038, м. Миколаїв, вул. Бузника, 5/1.

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи МК № 11
від 26.01.2007 р.