

**ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ІШКІ ІСТЕР МИНИСТРЛІГІ
БӘРІМБЕК БЕЙСЕНОВ АТЫНДАҒЫ ҚАРАҒАНДЫ АКАДЕМИЯСЫ**

**МИНИСТЕРСТВО ВНУТРЕННИХ ДЕЛ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
КАРАГАНДИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ИМЕНИ БАРИМБЕКА БЕЙСЕНОВА**

Криминалистика кафедрасы

Кафедра криминалистики

**СОТ МЕДИЦИНАСЫНЫҢ ЖӘНЕ
СОТ ПСИХИАТРИЯСЫНЫҢ НЕГІЗДЕРІ**

Оқу құралы

**ОСНОВЫ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ И
СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ**

Учебное пособие

Қарағанды 2018

Қарағанды 2018

УДК 340.6(075)
ББК 58я7
Ж 56

Рецензенттер:

Семей медицина университетінің сот медицинасы анатомия және патология кафедрасының жетекшісі, м.ғ.д., профессор Шабдарбаева Д. М.

Абай атындағы Қазақ ұлттық педагогикалық университетінің криминалистика және сот сараптамасы кафедрасының жетекшісі, з.ғ.д., профессор

Жакулин А. Б., Жакудаев Д. А.

Ж 56 Сот медицинасының және сот психиатриясының негіздері: оқу құралы. - Қарағанды: Қазақстан Республикасы ІІМ Б. Бейсенов атындағы Қарағанды академиясы, 2018.

Қазақстан Республикасы ІІМ Б. Бейсенов атындағы Қарағанды академиясының баспаханасы, 218. – 33 б.

ISBN9965-790-13-5

Оқу құралында қолданыстағы заңнама, әдеби көздер мен практика негізінде сот медицинасы мен сот психиатриясы саласындағы негізгі мәселелер ашылады.

Ішкі істер органдарының орта басшы құрамының лауазымдарына тағайындалған адамдарды, орта кәсіптік білім беру мекемелерінің курсанттары мен тыңдаушыларын, сондай-ақ ішкі істер органдарының практикалық қызметкерлерін бастапқы оқытуға және қайта даярлауға арналған.

УДК 340.6(075)
ББК 58я7
Ж 56

ISBN9965-790-13-5

©Жакулин А.Б., 2018.

©Жакудаев Д.А., 2018.

©ҚР ІІМ ҚА баспаханасы, 2018.

УДК 340.6(075)
ББК 58я7
Ж 56

Рецензенты:

Руководитель кафедры судебной медицины анатомии и патологии медицинского университета Семей, д.м.н. профессор Шабдарбаева Д.М.

Руководитель кафедры криминалистики и судебной экспертизы КазНПУ имени Абая, д.ю.н., профессор Төлеубекова Б.Х.

Жакулин А.Б., Жакудаев Д.А.

Ж 56 Основы судебной медицины и судебной психиатрии: учебное пособие. – Караганда: Карагандинская академия МВД Республики Казахстан имени Б.Бейсенова, 2018.

Типография Карагандинской академии МВД Республики Казахстан имени Б.Бейсенова, 218. – 38 с.

ISBN9965-790-13-5

В учебном пособии на основе действующего законодательства, литературных источников и практики раскрываются основные вопросы в области судебной медицины и судебной психиатрии.

Предназначен для первоначального обучения и переподготовки лиц, назначенных на должности среднего начальствующего состава органов внутренних дел, курсантов и слушателей образовательных учреждений среднего профессионального образования, а также практических работников органов внутренних дел.

УДК 340.6(075)
ББК 58я7
Ж 56

ISBN9965-790-13-5

©Жакулин А.Б., 2018.

©Жакудаев Д.А., 2018.

©Типография КА МВД РК, 2018.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Судебная медицина – отрасль медицины, которая решает вопросы медицинского и биологического характера, возникающие в процессе деятельности судебно-следственных органов, а также оказывает помощь органам здравоохранения в деле повышения качества их работы. Судебная медицина не есть случайной, механической собрание медицинских дисциплин, применяемых для целевой правовой практики, как было в начале развития судебной медицины. В настоящее время судебная медицина представляет самостоятельную медицинскую науку, изучающую определенный круг вопросов и имеющую свои методы исследования. По мере развития судебной медицины из нее выделились в качестве самостоятельных дисциплин ряд наук, например, судебная химия, судебная психиатрия и судебная токсикология.

Судебная медицина связана со всеми другими медицинскими науками, это патологическая физиология, фармакология, хирургия, гистология, травматология. Как медицинская наука использует методы лабораторного исследования, рентгенологического, микробиологического, физотехнические методы исследования.

Из юридических наук очень близка к судебной медицине, криминалистика, которая представляет собой юридическую дисциплину, изучающие практику, методику и технику расследования преступления. Для того чтобы успешно провести следствие и судебный процесс, юрист должен иметь представление о возможностях судебной медицины. При этом условии он сможет правильно подобрать нужных экспертов. Не редко следователю приходится самому осматривать труп на месте происшествия и обладая знаниями основ судебной медицины следователь сможет ориентироваться в определении давности наступления смерти, характере повреждений, особенности происшествия.

I ПРЕДМЕТ, СОДЕРЖАНИЕ И ЗАДАЧИ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ

Необходимость изучения судебной медицины уже давно стала истиной, не вызывающей сомнений, но знание только тогда приносит пользу, когда оно получено в полном объеме. Судебная медицина изучает и разрабатывает различные проблемы биологии применительно к требованиям юридической и медицинской науки, правосудия и законности. Это самостоятельная отрасль медицины, решающая определенный круг вопросов, которые возникают при проведении следствия и судебного разбирательства. Кроме того, она дает этим проблемам свою судебно-медицинскую экспертную оценку, которая является в юридической практике одним из видов доказательства.

Следует отметить и то, что круг медицинских вопросов, возникающих в судебной практике, весьма обширен и охватывает очень многие специфические для медицинской специальности проблемы. Поэтому разрешение ряда вопросов не может быть осуществлено только судебно-медицинским экспертом, необходимо привлечение врачей других специальностей.

Знание основ судебной медицины позволит работникам органов досудебного расследования квалифицированно осмотреть труп на месте происшествия, дать оценку повреждениям при освидетельствовании живого лица, своевременно обнаружить, правильно изъять и направить на исследование вещественные доказательства, хотя бы ориентировочно определить давность повреждений и время наступления смерти.

Судебная медицина, как видно уже из самого названия науки, имеет отношение к двум отраслям знания — медицине и праву. По своему содержанию это — наука медицинская, в которой можно найти разделы различных медицинских специальностей, и ее развитие тесно связано с развитием медицины и естествознания. Существенной особенностью судебной медицины как специальности является то, что она изучает не один вид расстройства или нарушения одного определенного органа, а имеет объектом исследования всего человека в его нормальном физиологическом и патологическом состоянии. Однако объем судебной медицины определяется потребностями науки права: в судебную медицину входят только избранные отделы медицинских специальностей и естествознания, именно те, содержание которых наиболее приложимы для судебных целей. Этим же объясняется существование в судебной медицине таких разделов, которые ни в какой другой медицинской специальности не встречаются.

Иными словами, *судебной медициной* называется медицинская наука, занимающаяся рассмотрением и разработкой вопросов медицины и биологии, возникающих в судебно-следственной практике, которые подлежат экспертной оценке врача (как правило, судебно-медицинского эксперта).

По мере своего развития судебная медицина формировалась, как самостоятельная дисциплина со строго очерченным кругом проблем, определявшимися потребностями правовой практики. Развитие науки вообще, и медицинской науки в частности, продолжающаяся дифференциация и

расширение медицинских дисциплин, привели, с одной стороны, к ограничению круга вопросов, включаемых в судебную медицину, с другой — к расширению ее разделов.

ИСТОРИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РАЗВИТИЯ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ В ЕВРОПЕ И АЗИИ

Значение медицинских заключений в судебных делах убедительно иллюстрируется установлениями XII таблиц в Риме (448 г. до н. э.), согласно которым требовалось присутствие врача во время разбирательства дел об умерших насильственной смертью при осмотре трупов, погребении трупов вне города, определении «законности» родов, установлении опеки над умалишенными и др.

Гиппократ (460 г. до н. э.) изучал такие вопросы, как производство аборта и установление срока беременности, жизнеспособность недоношенных младенцев, тяжесть различных повреждений.

Наряду с развитием правоведения у римлян все более расширялась область применения медицинских знаний в решении ряда государственных вопросов. Законодатели Адриана, Антония, Марка Аврелия и Септимия Севера руководствовались учением Гиппократа. В дигестах императора Юстиниана указывается уже о приглашении повивальных «бабок» для установления срока беременности. В 44 г. до н. э., по свидетельству Светония, врач Антистий обнаружил на теле убитого римского императора Юлия Цезаря 23 раны, причем только одну из них он признал смертельной.

В I в. римские врачи участвовали в разработке закона, определившего максимальный срок беременности (11 месяцев).

Очень важным свидетельством увеличения потребностей в медицинских знаниях, подчиненных аспектам следствия и суда, является знаменитый Кодекс Юстиниана (529—534 гг. н. э.), представивший свод законов и систему римского права. Кодекс содержит указания о роли врачей в судебном процессе: «Врачи собственно не свидетели, они более судьи, чем свидетели» («*Medici non sunt propriae testes sed magis est justitum gnam testimonium*»). В Кодексе трактовались вопросы об отравлениях, определении возраста и срока беременности, о душевных болезнях и др.

В средневековых германских законодательствах, как, например, в законе аллеманов (VI в. н. э.) впервые указано на необходимость совещания судьи с медиком по вопросу о повреждениях для определения степени наказания виновного в нанесении повреждений и размера пени. В период раннего средневековья (до XI—XII вв.) судебная медицина почти не развивалась, так как при господствовавшей тогда «обвинительной» форме судебный процесс сводился к судебному поединку враждующих сторон («поле») или к испытанию огнем и водой («суд Божий»).

В обязанности врачей входила не только экспертиза в современном понимании, но и присутствие при производстве пыток, и дача заключения о приостановлении истязаний, если допрашиваемый, теряя сознание, переставал ощущать боль. Врач давал заключение во время осуществления «суда Божьего» и иных проявлениях мракобесия, когда ему приходилось свидетельствовать о

наличии всевозможных «печатей дьявола» на теле безвинно привлекаемых женщин.

В некоторых странах Азии (Китай, Япония, Корея) судебная медицина стала развиваться с XIII в. В 1247 г. в Китае увидел свет сборник «Си-юань-Лу», написанный председателем уголовного суда Сун-цы, в котором нашли отражение вопросы диагностики насильственной и внезапной смерти. Существовавший в Китайской

империи компендиум по судебной медицине, датируемый 1248 г., состоял из 5 отделов. В первом отделе говорится о судебно- медицинском исследовании трупов вообще и в особенности повреждений, о симуляции повреждений и о выкидышах; во втором - о способах и орудиях причинения повреждений, об отличии прижизненных повреждений от посмертных; в третьем — об удушении и утоплении; два последних отдела посвящены вопросу о ядах и отравлениях.

Римский папа Григорий III (XIII в.), отражая, вероятно, уже сложившуюся практику, упоминает об исключительной компетенции врачей в рассмотрении дел о причинении различного рода повреждений. В декрете папы Иннокентия III (1209 г.) определенно говорится о врачебной экспертизе в исследовании на трупе смертельных повреждений.

На протяжении XII—XIV веков *обвинительную* форму сменяет *розыскная*. В основу обвинения или признания правоты кладутся формальные доказательства. Выявление последних и установление факта совершения преступления переходит в ведение административно-судебной власти. В судебном процессе «поединок» и «суд Божий» сменяют розыск, пытка и признание обвиняемым своей вины, которое становится основным доказательством. И обвинительная, и розыскная формы судебного процесса мало нуждались в медицине, но тем не менее, по мере развития и усложнения условий общественной жизни и роста медицинских знаний, все чаще привлекаются лица, сведущие в медицине, для решения некоторых специальных вопросов, связанных с причинением вреда здоровью или со смертью человека.

Историю возникновения и развития судебной медицины в дореволюционной России можно условно разделить на три периода:

- допетровская эпоха;
- от Петра I до судебной реформы 1864 г.;
- от судебной реформы 1864 г. до Октябрьской революции.
- Советский период становления и развития судебной медицины включает:
- 1917—1939 гг. (начало Второй мировой войны);
- 1941—1945 гг. (Великая Отечественная война) — 1991 г. (распад СССР).

В первый период судебная медицина лишь зарождалась и носила не научный, а эмпирический характер. Случаи применения медицинских познаний в административной и судебной деятельности государства были редкими.

С середины XVII в. положение изменилось. Врачей стали чаще привлекать для производства освидетельствования с целью определения пригодности к военной или иной службе, а также для установления телесных

повреждений. В этот период врачи начинают производить осмотры трупов детей с дачей письменного заключения о причине смерти.

Начало процессуальной регламентации судебно-медицинской экспертизы было положено Воинским (1716) и Морским уставами Петра I. В Воинском уставе, раньше, чем во многих странах Западной Европы и Америки, были узаконены поводы к назначению судебно-медицинской экспертизы и вскрытию трупов.

В разъяснении 164 артикула Устава говорилось о вскрытии трупов при подозрении на насильственную смерть и в случаях насильственной смерти с целью установления ее причины. От лекаря, производившего вскрытие, «свидетельство в суде на письме подать, а оное присягою подтвердить». Толкование артикула 154 указанного Устава требовало точного «розыска» причины смерти, если смерть наступила после драки. «Надлежит подлинно ведать, что смерть всеконечно ли от битья приключилась. А ежели сыщется, убиенный был бит, а не от тех побоев, а от других случаев... умер... того ради зело потребно есть, чтобы, коль скоро кто умрет, который в драке был бит, поколот или порублен будет, лекарей определить, которые бы тело мертвое взрезали и подлинно разыскали, что какая причина к смерти его была, и о том иметь свидетельство в суде, на письме подать и оное присягою своею утвердить».

В Морском уставе о порядке и цели вскрытия трупов говорилось уже не в толковании, а в самостоятельном 108 артикуле. Устанавливалось и время вскрытия — «тотчас по смерти».

Судебная медицина после Октябрьской революции

После Октябрьской революции был организован новый государственный аппарат. Созданный декретом Совета Народных Комиссаров 11 июля 1918 г. Народный комиссариат здравоохранения РСФСР осуществлял и организацию судебно-медицинской экспертизы. В нем был организован отдел гражданской медицины с подотделом медицинской экспертизы, который уже в феврале 1919 г. издал «Положение о правах и обязанностях государственных медицинских экспертов».

В апреле 1919 г. Народным комиссариатом здравоохранения и Народным комиссариатом юстиции РСФСР были изданы «Правила о порядке вскрытия трупов, лиц, умерших в больницах и лечебных заведениях» и «Временные правила классификации телесных повреждений».

В 1920 г. состоялся 1-й Всероссийский съезд судебно-медицинских экспертов, уделивший большое внимание вопросам организации экспертизы и преподавания судебной медицины в медицинских и юридических вузах страны.

В 1922 г. была проведена организационная перестройка системы судебно-медицинской экспертизы. В Народном комиссариате здравоохранения РСФСР учреждалась секция судебно-медицинской экспертизы, в губерниях — должность губернского судебно-медицинского эксперта, в уездах — уездного судебно-медицинского эксперта. В крупных городах один судебно-медицинский эксперт приходился на 100 000 жителей.

В 1922—1923 гг. вводятся в действие Уголовный и Уголовно-процессуальный кодексы РСФСР. Последний определил процессуальное положение судебно-медицинской экспертизы.

В 1924 г. в Народном комиссариате здравоохранения РСФСР была введена должность Главного судебно-медицинского эксперта, и таким образом завершилась организация структуры судебно-медицинской экспертизы, сохранившаяся в основном до настоящего времени. В том же году в Ростове на Дону, Ленинграде и Свердловске были организованы первые в России судебно-медицинские лаборатории.

В 1926 г. состоялся 2-й Всероссийский съезд судебно-медицинских экспертов. А в 1928 г. Народный комиссариат здравоохранения и Народный комиссариат юстиции РСФСР утвердили «Правила для составления заключений о тяжести повреждений» и «Правила судебно-медицинского исследования трупов».

Важное значение в развитии судебно-медицинской науки имела организация в 1932 г. Государственного научно-исследовательского института судебной медицины Народного комиссариата здравоохранения РСФСР, первым директором которого стал профессор Н.В. Попов. В 1934 г. вышло в свет новое «Положение о производстве судебно-медицинской экспертизы».

В 1937 г. в связи с государственной реорганизацией была введена должность Главного судебно-медицинского эксперта Народного комиссариата здравоохранения СССР. Важное значение для развития судебной медицины имело постановление Совета Народных Комиссаров СССР от 4 июля 1939 г. № 985 «О мерах укрепления и развития судебно-медицинской экспертизы».

Судебные медики, участвуя в 1942-1946 гг. в работе Чрезвычайной государственной комиссии по расследованию злодеяний немецко-фашистских захватчиков, выявили большое количество достоверных объективных доказательств преступлений фашистов против человечества.

В 1946 г. было организовано Всесоюзное научное общество судебных медиков.

В послевоенный период, особенно после выхода в 1948 г. приказа министра здравоохранения СССР № 82, стала широко разрабатываться одна из актуальных проблем современной судебной медицины — экспертиза в случаях скоропостижной смерти.

В 1952 г. была введена новая «Инструкция о производстве судебно-медицинской экспертизы». А в 1953 г. произведена реорганизация учреждений судебно-медицинской экспертизы, созданы бюро судебно-медицинской экспертизы в областях и республиках.

С 1958 г. и по настоящее время выходит журнал «Судебно-медицинская экспертиза».

В 70-80-е гг. был издан ряд приказов Министерства здравоохранения по улучшению деятельности судебно-медицинской службы, организации бюро судебно-медицинской экспертизы, утверждены новые правила проведения различных видов экспертиз.

Состоялось три съезда Всесоюзного научного общества судебных медиков (1976, 1982, 1988 гг.) и четыре съезда Всероссийского научного общества судебных медиков (1981, 1987, 1992, 1996 гг.).

Решением 3-го Всероссийского съезда судебных медиков в 1992 г. был создан Учебно-методический центр по судебной медицине при Министерстве здравоохранения РФ.

В марте 1995 г. приказом № 51 Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации был создан Республиканский центр судебно-медицинской экспертизы на базе двух учреждений федерального масштаба — Бюро судебно-медицинской экспертизы Министерства здравоохранения РФ и НИИ судебной медицины Минздрава РФ. На Центр возложены разработка наиболее актуальных вопросов судебной медицины и судебной химии, организация и планирование научно-исследовательских работ в Российской Федерации, внедрение научных результатов в судебно-медицинскую практику, производство наиболее сложных судебно-медицинских экспертиз по поручению правоохранительных органов, участие в подготовке кадров судебно-медицинских экспертов и их последипломном образовании.

С 1997 г. действует новый Уголовный кодекс РК, который имеет большое значение в становлении судебно-медицинской экспертизы в России. В частности, для реализации ряда его положений издан приказ Министерства здравоохранения РФ № 407 от 10 декабря 1996 г. «О введении в практику правил производства судебно-медицинских экспертиз».

Таким образом, рассмотрение истории развития судебной медицины говорит о том, что она всегда находилась на передовых позициях отечественной науки, отвечала современным, прогрессивным требованиям медицинской и юридической наук, пользовалась большим авторитетом у представителей правоохранительных органов как наука, объективно отражающая различные стороны доказательного процесса при тех или иных деяниях в судебноследственном процессе.

ПРЕДМЕТ, ОБЪЕКТЫ И ЗАДАЧИ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ

Судебная медицина – наука, изучающая и разрабатывающая вопросы медицинского и биологического характера применительно к запросам правовой практики. Такие вопросы могут возникать при расследовании и рассмотрении уголовных или гражданских дел и касаться любого раздела медицины (хирургии, терапии, акушерства и гинекологии, педиатрии и т.д.)

Судебно-медицинская практика заключается, прежде всего, в исследовании объектов судебно-медицинской экспертизы по определенным поводам. Необходимо уточнить, что объектами судебно-медицинской экспертизы являются: живые лица; трупы; вещественные доказательства; материалы следственных и судебных дел; нарушения профессиональных обязанностей медицинским персоналом.

Существенной особенностью судебной медицины как специальности является то, что она изучает не один вид расстройства или нарушения одного определенного органа, а имеет объектом исследования всего человека в его нормальном физиологическом и патологическом состоянии.

Система предмета – определяется существенной практикой судебно-медицинской экспертизой и может быть определена в следующем виде:

1. Часть процессуальная, в которой излагается правила проведения судебно-медицинской экспертизы, приводятся содержание и толкование различных законов, положений.

2. Часть материальная, в которой излагается медицинский и естественнонаучные сведения, составляющие содержания судебной медицины как науки.

Эта часть распадается на несколько отделов:

а) Отдел учения о смерти (танатология) – входит учения о смерти, ее наступление, ее признаков, посмертных изменениях на трупе, различия между насильственной смертью и смертью вызывающей подозрение на насилие.

б) Отдел о повреждениях (судебная травматология) – входит изучение различных повреждений, их распознаваемые и точная характеристика, определение их влияния на организм, выяснение способов и обстоятельств нанесения травмы и их юридическая оценка.

в) Отдел об отравлениях (судебная токсикология) – изучаются отравления, важные в судебно-медицинском отношении, а также их клиническое распознавание, лечение и предупреждение.

г) Отдел о спорных половых состояниях – входят вопросы касающихся половых функций, определение заражения венерическими заболеваниями, все виды исследования по поводу нарушения половой неприкосновенности (изнасилование)

д) Беременность и роды (судебное акушерство) – изучает способы распознавания беременности, ее продолжительности, распознавание имевших место родов, способы абортов.

е) Отдел о судебно-медицинском исследовании вещественных доказательств – изучает биологические доказательства: кровь, сперма, волосы и истолкование ее результатов.

ж) Пограничные области криминалистики и судебной медицины судебно-техническая экспертиза - это способ идентификации личности, притворные и искусственные болезни, определение рода смерти.

з) Отдел изучения о врачебной деятельности и других видов медицинской работы, врачебные ошибки и врачебная деятельность.

и) Отдел по изучению психологического состояния (судебная психиатрия) разрабатывается психиатрами. Изучаются способы определения вменяемости, различные психические заболевания, которые исключают или смягчают уголовную ответственность или препятствуют гражданской дееспособности человека.

Предметом судебной медицины является применение медицинских знаний в судебной практике, чем она существенно отличается от теоретической и клинической (лечебной) медицины, а также гигиены.

Накопление огромной практики и материалов определяют две основные задачи судебной медицины:

1. Помощь органам правосудия.
2. Оказание лечебно-профилактической помощи населению.

Основной задачей судебной медицины является помощь правосудию в раскрытии преступлений против личности — здоровья и жизни человека, а также его половой неприкосновенности.

Обсуждение судебно-медицинских случаев на клинико-анатомических конференциях, извещать органы здравоохранения о фактах глубокого расхождения клинических и анатомических диагнозах и дефектов в лечебных работах.

Судебно-медицинская практика заключается прежде всего в исследовании объектов судебно-медицинской экспертизы по определенным поводам. Необходимо уточнить, что объектами судебно-медицинской экспертизы являются: живые лица; трупы; вещественные доказательства; материалы следственных и судебных дел; нарушения профессиональных обязанностей медицинским персоналом.

МЕТОДЫ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ

К методам судебной медицины относят систему общенаучных приемов, правил и рекомендаций по изучению конкретных объектов, явлений, предметов и фактов. Сюда включают: наблюдение, измерение, описание, сравнение, эксперимент, моделирование, математическую обработку и другие. Наряду с общенаучными методами судебная медицина имеет специальные методы исследования, присущие только этой области деятельности. Это обусловлено специфичностью объектов и задач судебной медицины. К чисто судебно-медицинским методикам относят: методику определения давности смерти, методику определения прижизненности и посмертности повреждений, методику идентификации по повреждениям на теле человека и другие. Методиками, заимствованными из других наук, но используемыми с сугубо судебно-медицинскими целями являются гистологические, биохимические, спектральные, фотографические и т.д.

Для понимания сущности любой науки необходимо четко представлять изучаемые объекты. Объекты, встречающиеся в судебно-медицинской практике, можно разделить на четыре большие группы:

1. Живые лица (потерпевшие).
2. Трупы и их части.
3. Вещественные доказательства биологического происхождения (кровь, сперма, волосы и другие).
4. Документы и материалы, содержащие информацию медико-биологического плана.

Единым методом судебной медицины является диалектический материализм. Учение великого отечественного ученого И.П. Павлова о высшей нервной деятельности, о единстве физиологии и патологии, о локализации и компенсации функций, о единстве процессов возбуждения и торможения открыло перед судебными медиками методологически правильный путь к пониманию и разработке проблем судебной медицины: процессов танатогенеза, скоропостижной смерти, кислородного голодания, действия ядовитых веществ и ряд других.

В судебной медицине широко используются и частные методы исследования, применяемые в других отраслях медицины. Так, при экспертизе живых лиц широко используются методы исследования, применяемые в различных клинических специальностях. При исследовании трупов используются гистологические, микробиологические, инструментальные, судебно-химические и другие методы.

ОСНОВАНИЯ, ПОРЯДОК НАЗНАЧЕНИЯ И ПРОВЕДЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ЖИВЫХ ЛИЦ

Общий порядок судебно-медицинской экспертизы живых лиц

1. *Ознакомление с документами*, на основании которых должна быть произведена судебно-медицинская экспертиза. Она может производиться только по постановлению органов следствия или определению суда, без чего эксперт не может и не должен производить исследования потерпевшего. Такое исследование, если оно даже и будет произведено, не является экспертизой. Эксперт в таких случаях может быть вызван в суд лишь в качестве свидетеля, а его заключение может фигурировать только в виде свидетельского показания. Экспертом же в этом случае должен быть назначен другой врач — судебный медик. Орган, принявший дело к производству, выносит постановление о назначении судебно-медицинской экспертизы, в котором излагает кратко обстоятельства дела и ставит перед экспертом вопросы, подлежащие разрешению.

Судебно-медицинский эксперт начинает проведение экспертизы с внимательного изучения документов, на основании которых она должна быть проведена, и вопросов, подлежащих разрешению. Следует также обращать внимание на содержание, оформление медицинских и других документов, подписи, печати, штампы, учитывая возможность их подделки.

1. *Ознакомление с личностью обследуемого*. После ознакомления с документами о направлении на экспертизу эксперту рекомендуется ознакомиться с личностью подэкспертного по паспорту или иным документам. В случае сомнения эксперт проводит проверку через органы следствия или суда.

2. *Ознакомление с материалами уголовного дела*, медицинскими документами. Эксперт должен, прежде всего, ознакомиться с материалами дела, необходимыми для дачи заключения. Объем материала, представляемого эксперту для ознакомления, определяет следователь. Эксперт, ознакомившись с представленными ему материалами, выясняет, достаточны ли эти материалы для дачи заключения и ответа на поставленные следователем вопросы или же необходимы еще какие-либо дополнительные материалы. В последнем случае эксперт сообщает следователю, какие материалы необходимы ему для заключения. Следователь излагает эксперту те пункты, по которым должно быть дано заключение. Обвиняемый также имеет право представить в письменной форме те вопросы, по которым должно быть дано заключение. Эксперт имеет право с разрешения следователя ознакомиться с теми обстоятельствами дела, уяснение которых необходимо ему для дачи заключения.

Обязательным для эксперта является ознакомление со всеми медицинскими документами, относящимися к данному делу. Обычно следователь представляет эксперту медицинские документы в подлинниках. Никогда не следует пользоваться выписками из медицинских документов. Они

очень часто не содержат необходимых данных, нередко составляются наспех и не квалифицированно. Это связано еще с тем, что лицо, составляющее выписку, например, из истории болезни (обычно это медицинская сестра), не знает, что требуется эксперту, и иногда не включает в выписку очень важные данные или сокращает их. Поэтому эксперт всегда должен требовать через следователя подлинник медицинского документа, который затем должен быть возвращен следователем в лечебное учреждение.

Следователь имеет право изъять в случае надобности любой документ и приобщить его к делу. Запрашивать медицинские документы и другие материалы, необходимые для экспертизы, должен не эксперт, а только следователь. Все материалы, необходимые для дачи заключения, эксперт получает исключительно от следователя и никаким другим путем. Следователь обязан представить эксперту все необходимые для экспертизы и заключения материалы, в том числе и уголовного дела, т.е. те, без которых не могут быть произведена экспертиза и дано заключение.

Полученные материалы эксперт детально изучает, обращая особое внимание на те данные, которые имеют значение для разрешения поставленных перед экспертизой вопросов. Особое внимание следует обращать на правильность и подлинность медицинских документов, рентгеновских снимков, штампы, печати, даты и их соответствие обстоятельствам дела, а в случае сомнения передать их следователю для уточнения.

После изучения всех материалов и представленных документов эксперт приступает к опросу подэкспертного. При необходимости допрос подэкспертного по вопросам, интересующим эксперта, должен проводиться следователем в присутствии эксперта. При проведении экспертизы без следователя эксперт, получая от обследуемого им лица сведения, которые не имелись в материалах дела, не заносит их в документ экспертизы, а сообщает о них следователю. Последний допрашивает такое лицо и включает материалы допроса в дело. Если эксперт сам внесет полученные им новые сведения, не имевшиеся в деле, в документ экспертизы, то он может быть переведен из эксперта в свидетели. И в суде сможет фигурировать уже не как эксперт, а как свидетель, дающий показания о фактах, не известных следствию и суду.

4. *Опрос подэкспертного* для собирания судебно-медицинского анамнеза эксперт вправе делать сам, начиная с выяснения тех обстоятельств, которые необходимы для разрешения поставленных вопросов. Например, о времени получения повреждения, об орудии, которым оно было нанесено, механизме нанесения, течении заболевания и другие данные. Опрос необходимо проводить подробно и последовательно, выясняя отдельные обстоятельства и детали о получении повреждений, их течении и др. Важно учитывать, что подэкспертный сообщает данные, исходя прежде всего из своих интересов, и нередко без умысла, а иногда и сознательно, может излагать данные, относящиеся к происшествию не так, как это было на самом деле. Неправильные данные могут относиться к различным обстоятельствам: возникновению повреждений, времени их получения, течению и т.д.

Особенно важно иметь в виду возможность умышленного ложного освещения тех или иных данных с целью введения эксперта в заблуждение (например, предъявление старых кровоподтеков за недавно полученные и т.д.). Необходимо поэтому критически относиться к объяснениям подэкспертного, обращать внимание на противоречия в его объяснениях и сопоставлять их с объективными данными. Одной из главных задач, стоящих перед экспертизой, и является установление соответствия или несоответствия объективных данных объяснениям подэкспертного.

Все сомнительные данные должны быть особенно тщательно проверены повторными вопросами, «контрольным» сопоставлением. Однако эксперт ни в коем случае и никогда не должен высказывать своих сомнений, вступать в пререкания или спор с подэкспертным, уличать его во лжи или противоречиях. После получения всех необходимых данных эксперт опрашивает обследуемого о его жалобах. Внимательно и подробно расспрашивая, эксперт вносит их в документ экспертизы. Затем приступает к осмотру.

Осмотр подэкспертного имеет целью и задачей выявить объективные данные: имеющиеся повреждения и другие изменения. Осмотр необходимо производить постепенно, последовательно, в определенном порядке. Осмотр должен производиться обязательно при естественном освещении. Для более детальных осмотров с лупой можно применять и специальное освещение участков тела, где имеются изменения. Осмотр нужно начинать с выяснения того, какие повреждения имеются у обследуемого. Затем осматривают последовательно отдельные части тела, и в этом же порядке описывают обнаруженные изменения и повреждения.

В уголовных (гражданских) делах, когда обследуемый может быть заинтересован в предъявлении всех имеющихся у него изменений и повреждений, эксперт иногда может ограничиться осмотром того, что предъявляет подэкспертный. В более сложных и сомнительных случаях, особенно при осмотре подозреваемых и обвиняемых, а также потерпевших целесообразно предложить обследуемому раздеться совсем, затем производить осмотр. Это дает полное и правильное представление об имеющихся изменениях и повреждениях и их характере, лишает возможности подэкспертного скрыть какие-либо повреждения, а эксперт может быть уверен в том, что он все осмотрел. Подобный осмотр необходимо производить всегда. Эксперт должен иметь в виду, что иногда подэкспертный по различным причинам старается не предъявить, скрыть имеющиеся у него изменения или повреждения, ввести эксперта в заблуждение. Для этого-то и требуется полный осмотр подэкспертного. Последовательно осматривают отдельные части тела: голову, шею, грудь, спину, верхние конечности, нижние конечности и особенно тщательно скрытые части тела: подмышечные впадины, части тела под молочными железами ягодичные складки. Такой полный осмотр эксперту следует отметить в своем заключении.

Описание обнаруженных изменений. После осмотра всех изменений эксперт приступает к их описанию. Последовательно описываются повреждения, расположенные на отдельных частях тела, и другие изменения и

особенности, в зависимости от характера объекта. Порядок может быть принят различный, однако рекомендуется описывать изменения и особенности, начиная с головы, затем переходить к осмотру шеи, верхних конечностей, груди, спины и живота, области половых органов, ягодиц, нижних конечностей.

Каждое повреждение и изменение (например, татуировка, рубец) описываются отдельно. Если повреждений (рубцов) много, их объединяют в отдельные группы и описывают. Можно описывать повреждения последовательно под номерами, но нужно обязательно указывать все.

Помимо описания обнаруженных изменений и повреждений, рекомендуется занести их на схемы. Хорошо это делать цветными карандашами, что особенно необходимо для показа кровоподтеков. Во всех сложных экспертизах следует фотографировать повреждения. Обязательно должны быть сфотографированы повреждения лица, так как в дальнейшем может возникнуть вопрос о его обезображивании.

При некоторых видах судебно-медицинской экспертизы приходится измерять отдельные органы, объемы тела. Такие измерения должны производиться по определенной методике, иначе полученные результаты не будут достоверными. Для проведения измерений необходимо пользоваться специальными измерительными приборами, которые предварительно должны быть проверены и заклеены в соответствующих региональных отделах по стандартизации, метрологии и сертификации. К таким приборам, необходимым в судебно-медицинской практике, относятся: медицинские весы, ростомер, сантиметровые ленты и специальные циркули. В практике экспертизы утраты трудоспособности используют и другие приборы: динамометр - для определения силы мышц, спирометр - для определения жизненной емкости легких. Всеми упомянутыми приборами должны быть оборудованы и судебно-медицинские кабинеты.

Осмотр одежды обследуемого. Для выяснения ряда вопросов, интересующих органы следствия и суд, большое значение имеет осмотр судебно-медицинским экспертом одежды, обуви, головного убора подэкспертного.

Повреждения наносятся не только открытым частям тела, но и прикрытым одеждой, поэтому на ней остаются следы от действия орудий, оружия и другие особенности. Судебно-медицинский эксперт, осматривая подэкспертного, обязательно должен обратить внимание на одежду. Большое значение имеет осмотр одежды в том случае, когда подозревают, что подэкспертный сам нанес себе те повреждения, которые он выдает за повреждения, причиненные другим лицом. Сопоставление (проецирование) повреждений на одежде и на теле иногда позволяет установить, что ее повреждения возникли одновременно с повреждениями тела, не совпадают с ними. Одежда может потребовать специального (криминалистического, судебно-химического) исследования. В таких случаях одежда как вещественное доказательство направляется следователем для криминалистической или судебно-химической экспертизы.

Исследования одежды для разрешения ряда специальных вопросов должны производиться судебно-медицинским экспертом или экспертом-криминалистом, судебным химиком с применением всех необходимых методов исследования. Эксперт же в ряде случаев осматривает одежду потерпевшего, и поэтому он должен уметь увидеть и описать имеющиеся на ней повреждения, следы и другие особенности. Одежда, требующая специального исследования, может быть изъята и направлена на экспертизу только следователем. Эксперт, установив, что одежда требует специального исследования, сообщает об этом следователю.

Специальные исследования. В большинстве случаев для проведения судебно-медицинской экспертизы достаточно осмотра подэкспертного без каких-либо дополнительных исследований, требующих специальных знаний. Это бывает в тех случаях, когда имеются поверхностные повреждения и нет подозрений на какие-либо повреждения более глубоких тканей, костей, внутренних органов, т.е. когда речь идет о повреждениях легких, без причинения расстройства здоровью.

Но иногда эксперт не может ограничиться осмотром подэкспертного, а для ответа на поставленные вопросы требуются дополнительные и специальные исследования не только испытуемого, но и лабораторные исследования, например, его биологических выделений, вещественных доказательств и т.д.

Заключение эксперта может основываться на результатах таких специальных исследований. Результаты специальных исследований и заключение консультантов-специалистов заносятся в документ судебно-медицинской экспертизы, к нему прилагаются рентгеновские снимки и заключение по лабораторным исследованиям.

Документ судебно-медицинской экспертизы, его структура и составление. К составлению «Заключения эксперта» судебный медик должен относиться с особой тщательностью. Этот документ в дальнейшем в судебном процессе является доказательством по делу. Он должен быть исчерпывающим и безукоризненным как по содержанию, так и по форме, полностью отражать то, что было обнаружено у подэкспертного, и давать научно обоснованные ответы на поставленные эксперту вопросы.

Данный документ должен быть хорошо иллюстрирован фотографиями, схемами, рисунками. Сюда же включают и данные, полученные экспертом при ознакомлении с медицинскими документами, т.е. извлечения из них. В этих выдержках указывают наименование самого документа, подлинник или копию, дату, номер, учреждение, в котором заполнен документ, и все данные, необходимые для дачи судебно-медицинского заключения.

Заключение подписывается судебно-медицинским экспертом или экспертами, консультантом, если он участвовал в качестве эксперта в проведении экспертизы. Документ экспертизы заверяют печатью. К документу прилагают заверенные подписью эксперта и печатью схемы, рисунки, фотографии. При этом в самом документе должно быть указано, что к нему прилагается.

УМИРАНИЕ И СМЕРТЬ

Смерть организма - естественный исход всего живого на Земле. Понятие «смерть» неразрывно связано с понятием «жизнь». Смерть - логическое завершение жизни. Переход от жизни к смерти связан с расстройством обмена веществ, что является следствием нарушения окислительных процессов на субклеточном и молекулярном уровнях. Длительность процесса перехода от жизни к смерти - умирания - может колебаться в широких пределах. Иногда смерть наступает очень быстро, в течение секунд или минут (смерть от сердечно-сосудистых заболеваний). В других случаях умирание происходит медленно и продолжается от десятков минут до нескольких часов.

Изучением вопросов умирания и смерти занимается наука, названная *танатологией*. Основоположителем учения о смерти - танатологии (от греч. Thanatos — бог смерти и logos — наука) являются К. Бернар, Р. Вирхов, И.Мечников. Термин «танатология» был предложен И.Мечниковым.

Под танатологией понимают учение о процессе умирания человека и признаках смерти от ее начальных моментов до полного разложения трупа. Танатологию подразделяют на общую и частную. *Общая танатология* изучает вопросы статики и динамики смерти, трупные явления, взаимодействие трупа с внешней средой, способы погребения, особенности исследования трупа для определения причины смерти. *Частная танатология* рассматривает различные виды смерти в их многообразии. Общую танатологию подразделяют на танатологию, выявляющую и изучающую причины смерти; танатопатогенез, изучающий механизм умирания и смерти; танатологию, исследующую морфологические проявления и изменения в организме в атональном и постлетальном периодах; танатопрофилактику, предупреждающую немотивированные и противоправные случаи смерти; танатотерапию, обеспечивающую медицинскую помощь умирающим, диагностику реальной смерти от мнимой, реанимацию лиц, находящихся в состоянии клинической смерти; танатопраксис, занимающийся разнообразными вопросами искусственной консервации трупов.

Умирание — это динамический процесс. На то, что жизнь переходит в смерть не мгновенно, а постепенно, указал в 1792 г. А.Н.Радищев в своем философском труде «О человеке, его смертности и бессмертии». «Жизнь и смерть, — утверждал он, — суть состояния противоположные, а умирание — состояние, через которое кончается жизнь и бывает смерть». Эта мысль о наличии между жизнью и смертью промежуточного периода, в последующем подтвержденная физиологами, позволила разработать учение о терминальных (пограничных со смертью) состояниях. Согласно этому учению, *начальной стадией умирания* является *преагональное состояние*, характеризующееся выраженными расстройствами кровообращения и дыхания, что приводит к развитию тканевой гипоксии и ацидозу. Длительность этого состояния — от нескольких часов до нескольких дней.

Следующей стадией умирания является терминальная пауза. Она характеризуется внезапной остановкой дыхания, резким угнетением сердечной деятельности, прекращением биоэлектрической активности головного мозга, угасанием роговичных и других рефлексов. Продолжительность терминальной паузы — от нескольких секунд до 3-4 мин. За терминальной паузой следует *агония* — вспышка борьбы организма за жизнь. Обычно она начинается с кратковременной задержки дыхания. Затем наступают ослабление сердечной деятельности и функциональные расстройства различных систем. Клиника умирания характеризуется глубоким нарушением обмена веществ и развитием тканевой гипоксии. Гипоксия, наступающая в результате снижения кровообращения и дыхания, приводит к нарушению функции центральной нервной системы (ЦНС), начиная с высших ее отделов (коры) и распространяясь на нижележащие отделы. Клинически это проявляется прежде всего потерей сознания, электрическая активность коры головного мозга угасает. Развиваются тонические судороги (резкое сведение стоп). Нередко расслабляются сфинктеры, угасают рефлексy, расширяются зрачки, замедляются дыхание и сердечная деятельность. Артериальное давление падает и исчезает. Ослабление сердечной деятельности приводит к отеку легких, иногда резко выраженному, о чем можно судить по появлению белой пены у отверстия рта.

При наступлении смерти вначале прекращается дыхание, затем кровообращение. Внешний вид умирающего в атональном периоде резко меняется. Синюшные кожные покровы бледнеют, глазные яблоки западают, нос заостряется, нижняя челюсть отвисает. Продолжительность агонии зависит от вида и механизма смерти. Она может быть кратковременной (несколько минут) и продолжительной (несколько часов и дней). Иногда она отсутствует. В зависимости от продолжительности агонии выделяют 4 ее типа: 1) отсутствие агонии при мгновенном разрушении тела; 2) очень кратковременная агония, в течение 4-5 мин, при острой смерти различного происхождения; 3) агония, продолжающаяся многие часы или дни; 4) агония, продленная реанимацией иногда до недель и месяцев.

После остановки дыхания и кровообращения наступает стадия *клинической смерти*, продолжающаяся 5-6 мин. При искусственном или случайном охлаждении тела этот период может увеличиваться до 10 мин. Агония и период так называемой клинической смерти, которому она предшествует, могут быть обратимыми, с полным восстановлением функций организма. Определение клинической смерти как обратимого состояния имело большое значение для медицины и привело к возникновению новой медицинской науки — реаниматологии (или науки об оживлении организма).

Последней стадией умирания является биологическая смерть. Это необратимое состояние, и восстановить жизненные функции организма человека в этот период невозможно. Раньше всего необратимые изменения наступают в коре головного мозга — «смерть мозга». Этот момент, когда нарушается интегрирующая деятельность ЦНС, и следует считать началом

биологической смерти. Жизнедеятельность других органов и тканей после «смерти мозга» может продолжаться (рис. 1).

От момента наступления смерти организма как целого до окончательной гибели отдельных органов и тканей — «смерти клеток» проходит около 20 ч. Именно в течение этого периода переживающие ткани отвечают на различные внешние раздражения (химическое, механическое, электрическое). Способность отдельных тканей после смерти реагировать на внешние раздражения называют *суправитальными реакциями*. Последние в комплексе с другими признаками широко используются судебно-медицинскими экспертами для определения давности наступления смерти.

Проблема констатации момента смерти приобрела в последние годы особую важность в связи с развитием трансплантологии (науки о пересадке тканей и органов). Известно, что успешная пересадка тканей и органов, взятых от трупа, во многом определяется временем, прошедшим от момента смерти до их забора. Чем меньше это время, тем больше шансов на успех пересадки.

Биологическую смерть устанавливает комиссия, назначаемая главным врачом лечебного учреждения. В ее состав должны входить заведующий реанимационным отделением, невропатолог, врач, производивший реанимацию, и судебно-медицинский эксперт высшей или первой квалификационной категории. Констатация смерти оформляется актом, который подписывают все члены комиссии.

КЛАССИФИКАЦИЯ СМЕРТИ

Смерть — понятие биологическое. В то же время смерть в человеческом обществе — явление социально-правовое. Поэтому совершенно правомерно и правильно классифицировать происхождение смерти на этих основаниях.

Биологическая классификация подразделяет смерть на естественную, или физиологическую, и неестественную, или преждевременную. Физиологическая смерть может быть обусловлена старением организма и физическим или физиологическим недоразвитием новорожденного. Преждевременная смерть вызывается болезнями, различными видами внешнего воздействия, врачебными и не врачебными вмешательствами в состояние здоровья, физическим перенапряжением, голодом, жаждой, а также механически вызванным кислородным голоданием.

Социально-правовая классификация предусматривает деление смерти по категории, роду и виду. В зависимости от категории смерть делят на насильственную и ненасильственную, а в зависимости от рода смерти — на убийство, самоубийство и несчастный случай. Насильственная смерть может быть вызвана физическими внешними воздействиями (механическими, термическими, электрическими, акустическими факторами, изменениями атмосферного давления, действием лучистой энергии), а также химическими, биологическими и психическими.

В зависимости от скорости наступления смерти (темпа умирания) ее классифицируют на быструю (острую), наступающую мгновенно, внезапно, безагонального периода, и медленную (атональную) смерть, наступающую медленно и сопровождающуюся агонией, длительность которой составляет от нескольких часов до суток, а иногда и больше.

II ПРЕДМЕТ И ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ

Судебная медицина — отрасль медицинской науки, которая занимается рассмотрением вопросов, возникающих в гражданской и уголовной практике, разрешаемых только при помощи врачебных знаний.

Судебная медицина отделилась от общей медицины и развивалась на основе своих собственных научных исследований, используя в то же время достижения других отраслей медицины (патологической анатомии, хирургии, акушерства и пр.), а также ряда смежных дисциплин (химии, физики, биологии, криминалистики). Она органически связана со всеми медицинскими дисциплинами, такими, как хирургия, травматология, гинекология, патологическая физиология, терапия, токсикология, педиатрия, гигиена, вирусология, бактериология и прочими, а также с немедицинскими науками — ботаникой, биохимией, фармакологией, баллистикой, трассологией, судебной химией, уголовным и гражданским правом, уголовным и гражданским процессами. Новейшие достижения науки и техники используются для решения вопросов, поставленных следствием перед экспертами, объективизации экспертных доказательств.

Пути развития судебной медицины определялись потребностями и запросами развивающейся правовой практики, требующей научного обоснования наблюдаемых в экспертной практике фактов.

В судебно-следственной практике нередко возникают вопросы, которые не могут быть решены на основе одних лишь правовых знаний. Для этого требуются специальные познания в науке, технике, искусстве или ремесле. В такого рода случаях обращаются за помощью к экспертам, сведущим в указанных областях.

Конкретное применение данных судебной медицины в процессе исследования врачом фактов медицинского характера в уголовном или гражданском деле, соблюдение установленных законом правовых норм, и дача заключения органам расследования и суда называют *судебно-медицинской экспертизой*. Таким образом, судебно-медицинская экспертиза — это практика судебной медицины.

Предметом судебной медицины является применение медицинских знаний в судебной практике, чем она существенно отличается от теоретической и клинической (лечебной) медицины, а также гигиены.

До середины XX в. в отечественных и иностранных учебниках и руководствах по судебной медицине не существовало единой системы изложения ее основных разделов. Каждый автор излагал предмет с того раздела, который считал наиболее важным, ведущим. Такое положение существенно затрудняло изучение и усвоение судебной медицины.

В 1948 г. М.И. Авдеев в учебнике по судебной медицине для юристов впервые в СССР изложил научно обоснованную систему предмета, получившую свое дальнейшее развитие в «Курсе судебной медицины» (1959). Надежным основанием для создания последовательной и четкой системы

предмета служит судебно-медицинская практика, отражающая объективно сложившиеся закономерности в науке.

Судебная психиатрия – это раздел психиатрии, медицинской науки, которая изучает клинические проявления, диагностику, лечение, прогноз психических расстройств в отношении их к правовым нормам, к вопросам уголовного права и процесса, а также разрабатывает вопросы восстановления жизни больных с нарушениями психики.

Судебная психиатрия включает несколько направлений:

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

2. Осуществление принудительных мер медицинского характера. Вопросы помещения на принудительное лечение, его прекращения и выписки больного регламентированы соответствующими статьями уголовного и уголовно-процессуального кодексов.

3. Осуществление психиатрической помощи (пенитенциарной) осужденным в местах лишения свободы.

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ

Основной задачей судебной медицины является помощь правосудию в раскрытии преступлений против личности — здоровья и жизни человека, а также его половой неприкосновенности.

Значение судебной медицины в системе высшего юридического образования и подготовки сотрудников для органов внутренних дел весьма велико, так как заключение судебно-медицинского эксперта является одним из источников доказательств по делу, подлежит оценке следователем и судом и не является для них обязательным. Для того чтобы оценить достоверность и доказательственное значение заключения, юрист должен быть знаком с судебной медициной. Знать основы судебной медицины ему необходимо, чтобы иметь представление о действительных возможностях судебно-медицинской экспертизы с тем, чтобы поручить ее производство специалистам и правильно поставить перед ними вопросы.

Следует иметь в виду, что не только эксперт помогает следователю, но и следователь, знакомый с судебной медициной, использует свои познания, например, при осмотре места происшествия и трупа. Он может значительно облегчить проведение экспертизы, собрав по делу материалы (показания, протоколы осмотра, медицинские документы, вещественные доказательства), осветив в них детали, имеющие судебно-медицинское значение, которые отражает в установочной части постановления о назначении экспертизы.

Знание основ судебной медицины позволяет следователю произвести квалифицированный осмотр места происшествия, своевременно обнаружить, изъять и направить на экспертизу вещественные доказательства биологического происхождения, грамотно сформулировать и логически правильно поставить на разрешение эксперта безусловно необходимые вопросы, оценить выводы эксперта о причине смерти, времени ее наступления, характере повреждений, характеристиках орудия травмы и т.д. Следовательно, овладение теоретическими знаниями в области судебной медицины необходимо каждому юристу, и особенно следователю и судье.

МЕТОДЫ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ

Основным методом исследования в психиатрии остается клинико-психопатологический – выяснение особенностей жизни больного и установление наличия или отсутствия болезненных симптомов. Эти данные могут быть получены прежде всего с помощью расспроса, беседы психиатра с пациентом.

В клинические методы обследования включается анализ прошлой жизни пациента, его субъективного анамнеза, который оценивается с помощью расспроса. Выясняются данные о наследственности, особенностях беременности и родов матери подэкспертного, его раннем развитии и перенесенных заболеваниях, школьной успеваемости, полученной профессии, трудовых навыках и деятельности. Особое внимание уделяется перенесенным черепно-мозговым травмам, пребыванию на лечении в психиатрических учреждениях. Выясняются особенности состояния и поведения подэкспертного перед, вовремя и после совершенного преступления, в том числе во время следствия или суда.

Эти данные дополняются объективным анамнезом со слов родных, друзей, сослуживцев пациента.

Кроме анализа рассказа пациента и сбора анамнестических сведений к клиническим методам относится наблюдение за подэкспертным.

Клинико-психопатологический метод исследования дополняется рядом специальных способов. Это психологические методы, позволяющие объективно оценить сферу мышления, памяти, эмоций, особенности личности, ее установок.

В судебно-психиатрической клинике, особенно в условиях проведения экспертизы в стационаре, большое значение имеет неврологическое обследование, а также обследование другими врачами (терапевтом, окулистом, нейрохирургом, эндокринологом). Сведения, полученные при консультациях врачей-специалистов позволяют психиатру более точно обосновать диагноз и, следовательно, экспертное решение.

В практике экспертиз широко используются параклинические методы (электроэнцефалография, картирование мозга).

Новейшие методы прижизненного исследования мозга (компьютерная томография и ядерно-магнитно-резонансная томография мозга) в стране применяются очень редко.

При стационарной экспертизе пациенты обследуются также всеми обычными клинико-биохимическими методами (анализ крови, мочи, спинномозговой жидкости и т.д.).

Комплекс клинико-психопатологических и ряда дополнительных методик позволяет решить вопросы диагностики и обосновать экспертное заключение.

ПОНЯТИЕ О ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

В УК Республики Казахстан в статье 16 содержится понятие невменяемости.

Статья 16. "Невменяемость"

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

2. *Лицу, совершившему предусмотренное уголовным законом общественно опасное деяние в состоянии невменяемости, судом могут быть назначены принудительные меры медицинского характера, предусмотренные настоящим Кодексом.*

Формула невменяемости содержит два критерия – медицинский (биологический) и юридический (психологический), которые выступают в единстве и определяют невменяемость лица, совершившего общественно опасное деяние.

Медицинский (биологический) критерий состоит из четырех признаков:

- хронического психического расстройства;
- временного психического расстройства; - слабоумия;
- иного болезненного состояния психики.

Понятие "*хроническое психическое расстройство*" объединяет психические заболевания, протекающие длительно, имеющие тенденцию к прогрессированию, то есть постепенному нарастанию и усложнению психических расстройств. К заболеваниям, объединенным этим признаком медицинского критерия, относятся шизофрения, эпилепсия, прогрессивный паралич, старческие психозы и т.д.

"Временное психическое расстройство".

Медицинский критерий представлен психическими заболеваниями, имеющие различную продолжительность и заканчивающиеся выздоровлением.

Сюда относятся некоторые алкогольные психозы, например, белая горячка, патологическое опьянение, другие кратковременные, иногда внезапно возникающие, болезненные расстройства психической деятельности (мгновенные нарушения сознания и двигательной активности с висцерально-вегетативными проявлениями), которые могут явиться объектом судебно-психиатрической экспертизы при транспортных авариях и наездах.

Основными критериями временных расстройств психической деятельности следует считать не продолжительность, а полную их обратимость.

Под понятие "*слабоумие*" медицинского критерия попадают все психические заболевания, которые протекают с нарушениями интеллектуальной функции, как врожденного, так и приобретенного характера.

К "*иным болезненным состояниям*" относят состояния, не являющиеся психическими заболеваниями, но характеризующиеся теми или иными

нарушениями психической деятельности: психопатии (личностные аномалии, свойственные лицам на протяжении всей жизни) и др.

Таким образом, применение медицинского критерия неменяемости при проведении судебно-психиатрической экспертизы заключается в распознавании психической болезни и определении ее психической формы, особенностей течения, то есть в установлении диагноза.

Но для решения вопроса о вменяемости или неменяемости недостаточно одного медицинского критерия. Для этого необходимо установить тяжесть психического заболевания, имевшегося в момент совершения инкриминируемого деяния.

Юридический (психологический) критерий неменяемости формулируется как невозможность *"осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими"*.

Юридический критерий неменяемости состоит из двух признаков: интеллектуального (невозможность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) и *волевого* (невозможность руководить ими), которые дают более полную, всестороннюю характеристику психических расстройств, выявленных у подэкспертного.

Первая половина критерия требует анализа критических способностей подэкспертного, возможности адекватно оценить обстановку и собственное поведение.

При невозможности субъектом понимать свои действия, неспособности к их контролю, интеллектуальный критерий как бы перекрывает волевой. Наличие этого признака нарушает способность руководить своими действиями и влечет принятие решения о неменяемости.

В практике встречаются случаи, когда у личности сохраняется формальная способность оценить ситуацию, но снижается, а иногда утрачивается способность удержаться от поступка – нарушается способность руководить своими действиями. В юридическом критерии превалирует волевой признак. Наиболее часто это проявляется при психопатиях. В этих случаях этот признак становится ведущим, а интеллектуальный приобретает роль соподчиненного составляющего.

Следовательно, при различных заболеваниях могут иметь место всевозможные сочетания отдельных составляющих юридического критерия, их определенное взаимодействие и взаимовлияние.

Для признания лица неменяемым в аспекте психологического критерия достаточно одного из его признаков.

Границы между нормой и патологией не являются стабильными. Они динамичны, подвижны. Одна и та же форма психического заболевания может обуславливать различные судебно-психиатрические выводы в зависимости от степени и глубины, имеющих в данный момент психических изменений.

Именно поэтому вопрос о вменяемости или неменяемости лица решается в отношении конкретного противоправного деяния и относится только к моменту его совершения.

В процессе экспертной диагностики и экспертного решения основным заключительным этапом является сопоставление медицинского и юридического критериев, что и определяет формулу неменяемости.

Обязательное условие неменяемости – совпадение медицинского и юридического критериев.

ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ И СИНДРОМЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Действующее уголовное законодательство устанавливает, что лица, совершившие противоправные действия в невменяемом состоянии, обусловленном болезнью, не являются преступниками и не подлежат наказанию.

Под опасностью психически больного понимают такое психическое состояние, при котором психопатологические проявления обуславливают неправильное, неадекватное существующей ситуации поведение, в результате чего может быть нанесен физический или имущественный ущерб окружающим или самому больному. В случаях, если этот ущерб уже нанесен, речь идет уже об общественно опасном действии (если его содержание соответствует той или иной статье УК).

Опасность при психических расстройствах – это временное состояние. При определенных условиях расстройство психики может стать причиной для опасного поведения.

Вопросы о связи психопатологической симптоматики с опасными действиями психически больных в одинаковой мере должны интересовать и психиатров, и юристов. Это необходимо для понимания патологических механизмов опасных действий, для определения степени опасности этих больных, то есть в конечном итоге для профилактики опасных действий.

С какими же болезненными расстройствами психики чаще всего бывают связаны опасные действия?

В качестве примеров могут быть названы состояния речевого и двигательного возбуждения больных, их болезненные ложные представления о якобы грозящей им опасности или о вредоносном воздействии на их организм (бредовые идеи преследования и физического воздействия).

Иногда опасные действия больные совершают под действием повелительных, слуховых галлюцинаций, когда *"голоса"* *"приказывают"* им выполнить то или иное действие, которое может быть опасным.

В некоторых, редких случаях психически больные внезапно совершают опасные поступки, не вызываемые никакими внешними причинами, например, нападение или поджоги, которые они сами не могут объяснить (так называемые импульсивные действия).

Общественно опасное поведение может быть связано со слабоумием больных, вследствие которого они не могут осознавать опасность совершаемых ими действий.

Так больной, с глубоким врожденным слабоумием совершил поджог стога сена потому, что ему хотелось посмотреть *"как он будет гореть"*.

Для таких больных характерна повышенная внушаемость, вследствие чего они могут стать орудием в руках психически здоровых преступников.

Нужно указать на синдромы помрачения сознания, о которых указано выше. В тех случаях, когда они сопровождаются двигательным возбуждением,

аффектом страха, агрессивными действиями, больные могут совершать тяжкие нападения на окружающих.

Среди обстоятельств, способствующих совершению больными опасных действий, имеет место алкогольное опьянение. У больных в состоянии опьянения усиливаются бредовые идеи, галлюцинации и другие болезненные явления, возникает двигательное возбуждение и агрессия в отношении окружающих.

Определенное значение имеют особенности личности больного со свойственными ей социально-психологическими установками. Антисоциальные формы поведения, отмечавшиеся до заболевания, часто появляются и в период ремиссии, что приводит к совершению повторных опасных деяний.

В ряде случаев опасные действия могут совершаться по реально бытовым мотивам. Это объясняется антисоциальными влияниями на больных их близкого окружения.

Обстоятельствами, способствующими совершению опасных действий, нередко приводящим к тяжелым последствиям, являются: несвоевременное помещение психически больных в психиатрическую больницу и их преждевременная выписка из больницы, к чему стремятся многие больные, диссимулируя (скрывая) свое болезненное состояние. Иногда этому способствуют их родственники, потворствуя стремлению выписаться или же настаивая на выписке больного по собственной инициативе.

Вследствие непонимания серьезности заболевания, когда за внешне упорядоченным поведением больного его родные и близкие не видят психического расстройства, а болезненно неправильное поведение объясняют, как чудачества и странности характера. В результате недостаточного лечения состояние больного на выходе из больницы ухудшается, а родственники становятся жертвами нападения больного.

Например, испытываемый гр. Ж., страдающий шизофренией, был выписан по настойчивому требованию жены, вопреки советам врачей, в состоянии очень неустойчивого улучшения, с еще незатухшими бредовыми идеями воздействия и слуховыми галлюцинациями, которые он тщательно скрывал. Через полтора месяца он убил жену по бредовым мотивам (*"была заодно с теми, кто действовал на него радио магнитным излучением"*).

При этом следует учитывать, что "криминальность", склонность к совершению агрессивных и аутоагрессивных действий, существует у психически больных непостоянно и может то усиливаться, то затухать в зависимости от течения заболевания и эффективности лечения.

Тип развития болезненного процесса, острое, бурное, или медленное, постепенное начало болезни, ее последующая динамика определяют различное поведение больных и соответственно разный характер совершаемых ими опасных действий.

Меры медицинского характера, в том числе и принудительное лечение, всегда назначаются исходя из социальной опасности психически больного. Оценка социальной опасности больного – это оценка социально опасных

деяний, психического состояния в момент совершения противоправных деяний, состояния испытуемого в период судебно-психиатрической экспертизы, это оценка возможности повторения социально опасных действий, влияние на поведение больного социальных условий.

МЕРЫ МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА В ОТНОШЕНИИ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Меры медицинского характера применяются только в отношении лиц, совершивших предусмотренные уголовным законом противоправные действия в болезненном состоянии и признанных невменяемыми.

Основным критерием выбора меры медицинского характера в отношении больного является его социальная опасность.

Закон предусматривает принудительные и непринудительные меры медицинского характера.

Принудительные меры медицинского характера являются разновидностью медицинских мер, применяемых к психически больному без его согласия, или согласия его законных представителей.

Они применяются только по решению суда по основаниям и в порядке, установленным УК, УПК РК.

Глава 54 регламентирует порядок применения принудительных мер медицинского характера.

Юридическая природа принудительных мер медицинского характера состоит в том, что эти меры назначаются судом в отношении лиц, страдающих психическим расстройством, а их исполнение обеспечивается силой государственного принуждения. Основанием применения указанных мер является совершение лицом общественно опасных действий.

Статья 509 УПК РК регламентирует основания для производства по применению принудительных мер медицинского характера.

1. Производство по применению принудительных мер медицинского характера, указанных в статье 93 Уголовного кодекса Республики Казахстан, осуществляется по делам в отношении лиц, совершивших запрещенное уголовным законом деяние в состоянии невменяемости или заболевших после совершения запрещенного уголовным законом деяния психическими расстройствами, делающими невозможным назначение или исполнение наказания.

2. Принудительные меры медицинского характера назначаются лишь в случае, когда болезненные психические расстройства связаны с опасностью для себя или других лиц либо возможностью причинения иного существенного вреда.

3. Производство по делам о применении принудительных мер медицинского характера определяется общими правилами УПК РК.

Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра может быть назначено при наличии оснований, предусмотренных ст. 513 УПК РК.

После обязательного производства предварительного следствия и проведения экспертизы, следователь заканчивает дело и направляет его через прокурора в суд для применения принудительных мер медицинского характера. В судебном заседании с участием прокурора, защитника, свидетелей и потерпевших выясняется, имело ли место общественно опасное деяние,

предусмотренное уголовным законом, совершило ли его лицо, о котором рассматривается дело, в состоянии невменяемости или лицо заболело после совершения преступления душевной болезнью, лишающей его возможности осознавать фактический характер своих действий (бездействий) либо руководить ими.

С учетом рекомендаций судебно-психиатрической экспертной комиссии суд выносит определение о применении конкретной принудительной меры медицинского характера.

Назначая принудительную меру медицинского характера, суд в своем определении указывает форму лечения (в общей или специализированной психиатрической больнице). Если принудительное лечение назначается в *психиатрической больнице общего типа*, то больной освобождается из-под стражи и поступает в больницу по месту жительства. Выбор конкретной больницы осуществляется органами здравоохранения, так как проводить принудительное лечение правомочны все психиатрические больницы.

При поступлении больного на принудительное лечение в больницу направляется копия определения суда о назначении соответствующей меры медицинского характера, и копия акта судебно-психиатрической экспертизы больного.

Перемещение больного из одного лечебного учреждения в другое осуществляется по распоряжению органов здравоохранения с уведомлением об этом суда, назначившего принудительное лечение.

Принудительное лечение в больнице общего типа назначается больным: шизофренией со стойкими, не поддающимися коррекции бредовыми идеями и галлюцинациями; эпилепсией; органическими поражениями центральной нервной системы; церебральным атеросклерозом с психическими нарушениями, и другими психическими нарушениями, совершившими социально опасные действия впервые, если их состояние расценивается как опасное для общества.

Принудительное лечение в *психиатрических больницах специализированного типа* назначается больным, представляющим повышенную опасность для общества, то есть социальным показателем является прежде всего тяжесть совершенного общественно опасного действия (посягательство на жизнь и здоровье, половые преступления).

Далее это относится к больным, совершившим повторные и многократные общественно опасные действия. Иногда имеется тяжкий криминальный анализ и трудности содержания в общих больницах больных эпилепсией с частыми сумеречными состояниями и выраженными личностными изменениями, особенно измененные алкогольной интоксикацией, алкогольными параноидами (особенно бредом ревности) и другие.

Больных лечат современными медицинскими средствами, уделяется большое внимание восстановлению трудоспособности, адаптации больных к условиям жизни во вне лечебных условиях, применяются мероприятия по восстановлению и исправлению антисоциальных установок (например, проведение курса антиалкогольной терапии).

Целью принудительного лечения невменяемых является такое изменение их психического состояния, при котором снижается или устраняется их опасность. Если в состоянии здоровья отмечаются ожидаемые изменения, на основании освидетельствования больного комиссией врачей-психиатров администрация больницы вносит предложение о прекращении принудительного лечения. Суд, рассмотрев ходатайство больницы, решает вопрос о прекращении принудительного лечения или, в случае несогласия с заключением комиссии врачей, продлевает лечение.

Продолжительность принудительного лечения определяется психическим состоянием больного, особенностями течения заболевания. Поэтому суд не устанавливает сроков принудительного лечения.

При коротких сроках принудительного лечения больной имеет право на оплачиваемый больничный лист с момента поступления на судебнопсихиатрическую экспертизу.

Лица признаются нетрудоспособными на весь период пребывания в психиатрическом стационаре и имеют право на пособия по государственному социальному страхованию и на пенсии на общих основаниях.

Во всех случаях (кроме больных, имеющих больничный лист) лицу должна быть определена II или I группа инвалидности.

Переосвидетельствование больных, находящихся на принудительном лечении, осуществляется не реже, чем через 6 месяцев врачебными комиссиями, созданными из врачей психиатрической больницы. В состав комиссии обязательно входит лечащий врач больного.

Вопрос о прекращении принудительного лечения, включающий в себя клинический и социальный прогнозы, остается сложным и ответственным.

Принцип принудительного лечения требует не допускать преждевременной выписки больных.

Показанием к отмене принудительного лечения является устранение общественной опасности больного, обусловленной психическими нарушениями. Это выздоровление больного, стойкое улучшение психического состояния, которые свидетельствуют об устранении опасности для общества и самого себя (нарастание вялости, апатии, угасание бредовых идей).

Необходимо убедиться в стойкости улучшения и обратном развитии психопатологических признаков, с которыми было связано общественно опасное действие.

Во всех случаях улучшения необходимо убедиться в появлении у больного критического отношения к своему болезненному состоянию и совершенному действию, в упорядоченном поведении, активном участии в реабилитационной программе.

Таким образом, важнейшим показателем отмены принудительного лечения является прогноз дальнейшего течения болезни.

Когда имеется единое мнение всех членов комиссии о возможности прекращения принудительного лечения или изменения меры медицинского характера, тогда соответствующее заключение направляется в суд. В заключении должны быть указаны изменения, произошедшие в состоянии

больного, высказаны рекомендации о дальнейших медицинских мероприятиях, применимых к больному. При выписке больного по решению суда должны быть обязательно урегулированы вопросы трудовой ориентации лица или его пенсионного обеспечения, вопросы жилья, опеки и т.д.

Список используемой литературы:

1. Конституция Республики Казахстан 30.08.1995 г., с изменениями и дополнениями.
2. Уголовно-процессуальный кодекс Республики Казахстан 04.07.2014 г., с изменениями и дополнениями.
3. Уголовный кодекс Республики Казахстан, 03.07.2014 г., с изменениями и дополнениями на 09.01.2018 г.
4. Судебная медицина. В.Н. Волков. А.В. Датий. под ред. проф. А.Ф. Волынского, М., ЮНИТИ 2002 г.
5. Судебная медицина. Учебник. \ под. ред. В.В.Томилин, М.НОРМА.2001г.
6. Основы судебной медицины и психиатрии.учебник. Н.Н.Величко, М.: Норма, 2001 г.
7. Щадрин С.Ф., Гирько С.И., Николаев В.Н. и др. Судебная медицина. Общая и особенная части: Учебник для вузов, М.: Эксмо, 2005.
8. Пиголкин Ю.И. Судебная медицина. Учебник, М.: Медицина, 2003.
9. Величко Н.Н. Основы судебной медицины и судебной психиатрии. Учебник. – М.: ЦИиНМОКП МВД России, 2000.
10. Хохлов В.В. Судебная медицина. Руководство. Смоленск, 2003 г.
11. Кустов А.М. Судебная медицина при расследовании преступлений: Курс лекций. Учебно-методическое пособие. М.: Изд-во Моск. психолого-социал. инта, 2002.
12. Акопов В.И. Судебная медицина в вопросах и ответах: Практическое пособие для юристов и врачей. Ростов н/д: Феникс, 2004.
13. Крюков В.Н. Судебная медицина: Учебник для юр. Вузов. М.: Норма, 2004.
14. Гурочкин Ю.Д. Судебная медицина: Курс лекций. М.: Право и закон, 2003.
15. Ардашкин А.П., Недугов Г.В. Судебно-медицинская экспертиза трупов плодов и новорожденных (экспертно-правовая характеристика, гистологическая диагностика). Самара: ООО «Офорт», 2006.

АЛҒЫСӨЗ

Сот медицинасы-сот-тергеу органдарының қызметі процесінде туындайтын Медициналық және биологиялық сипаттағы мәселелерді шешетін, сондай-ақ денсаулық сақтау органдарына олардың жұмысының сапасын арттыру ісінде көмек көрсететін медицина саласы. Сот медицинасы-бұл сот медицинасының дамуының басында болған сияқты, мақсатты құқықтық практика үшін қолданылатын медициналық пәндердің кездейсоқ, механикалық жиынтығы емес. Қазіргі уақытта сот медицинасы белгілі бір сұрақтар шеңберін зерттейтін және өзіндік зерттеу әдістері бар тәуелсіз медицина ғылымын ұсынады. Сот медицинасы дамыған сайын бірқатар ғылымдар одан тәуелсіз пәндер ретінде ерекшеленді, мысалы, сот химиясы, сот психиатриясы және сот токсикологиясы.

Сот медицинасы барлық басқа медициналық ғылымдармен байланысты, олар патологиялық физиология, фармакология, хирургия, гистология, травматология. Медицина ғылымы зертханалық зерттеу әдістерін, ренгелогиялық, микробиологиялық, физiotехникалық зерттеу әдістерін қалай қолданады.

Заң ғылымдарының ішінен ол сот медицинасына өте жақын, криминалистика, бұл қылмысты тергеудің практикасын, әдістемесі мен техникасын зерттейтін құқықтық пән. Тергеу мен сот процесін сәтті жүргізу үшін адвокат сот медицинасының мүмкіндіктері туралы түсінікке ие болуы керек. Бұл жағдайда ол дұрыс сарапшыларды таңдай алады. Көбінесе тергеуші оқиға орнында мәйітті өзі тексеруге мәжбүр болады және сот медицинасының негіздерін біле отырып, тергеуші өлімнің ұзақтығын, зақымданудың сипатын және оқиғаның ерекшеліктерін анықтай алады.

I СОТ МЕДИЦИНАСЫНЫҢ ПӘНІ, МАЗМҰНЫ ЖӘНЕ МІНДЕТТЕРІ

Сот медицинасын зерттеу қажеттілігі бұрыннан-ақ күмән тудырмайтын шындыққа айналды, бірақ Білім толық көлемде алынған кезде ғана пайдалы болады. Сот медицинасы заң және медицина ғылымының, сот төрелігі мен заңдылықтың талаптарына қатысты биологияның әртүрлі мәселелерін зерттейді және дамытады. Бұл тергеу мен сот процесінде туындайтын мәселелердің белгілі бір шеңберін шешетін медицинаның тәуелсіз саласы. Сонымен қатар, ол бұл проблемаларға сот-медициналық сараптама бағасын береді, бұл заң тәжірибесінде дәлелдемелердің бір түрі болып табылады.

Сот практикасында туындайтын медициналық мәселелердің ауқымы өте кең және медициналық мамандыққа тән көптеген мәселелерді қамтитынын атап өткен жөн. Сондықтан бірқатар мәселелерді шешуді тек сот-медициналық сарапшы ғана жүзеге асыра алмайды, басқа мамандықтағы дәрігерлерді тарту қажет.

Сот медицинасының негіздерін білу сотқа дейінгі тергеп-тексеру органдарының қызметкерлеріне оқиға болған жерде мәйітті білікті тексеруге, тірі адамды куәландыру кезінде зақымдануларға баға беруге, заттай дәлелдемелерді уақтылы анықтауға, дұрыс алып қоюға және зерттеуге жіберуге, ең болмағанда зақымданулардың ескіру мерзімін және өлімнің басталу уақытын шамамен анықтауға мүмкіндік береді.

Сот медицинасы, ғылым атауынан көрініп тұрғандай, білімнің екі саласына — медицина мен заңға байланысты. Мазмұны бойынша бұл медициналық ғылым, онда сіз әртүрлі медициналық мамандықтардың бөлімдерін таба аласыз және оның дамуы медицина мен ғылымның дамуымен тығыз байланысты. Сот медицинасының мамандық ретіндегі маңызды ерекшелігі-ол белгілі бір органның бұзылуының немесе бұзылуының бір түрін зерттемейді, бірақ оның қалыпты физиологиялық және патологиялық жағдайында бүкіл адамды зерттеу объектісі болып табылады. Алайда, сот медицинасының көлемі заң ғылымының қажеттіліктерімен анықталады: сот медицинасына тек медициналық мамандықтар мен жаратылыстану ғылымдарының таңдаулы бөлімдері кіреді, олардың мазмұны сот мақсаттары үшін барынша қолданылады. Бұл сот медицинасында басқа медициналық мамандықтарда кездеспейтін бөлімдердің болуын түсіндіреді.

Басқаша айтқанда, Сот медицинасы-бұл дәрігердің (әдетте сот-медициналық сарапшының) сараптамалық бағалауына жататын сот-тергеу практикасында пайда болатын медицина және биология мәселелерін қарастыратын және дамытатын медициналық ғылым.

Ол дамыған сайын Сот медицинасы құқықтық практиканың қажеттіліктерін анықтайтын қатаң анықталған проблемалар шеңбері бар тәуелсіз пән ретінде қалыптасты. Жалпы ғылымның, атап айтқанда медицина ғылымының дамуы, медициналық пәндердің үздіксіз саралануы мен кеңеюі, бір жағынан, сот медицинасына кіретін мәселелер шеңберін шектеуге, екінші жағынан оның бөлімдерін кеңейтуге әкелді.

ЕУРОПА МЕН АЗИЯДАҒЫ СОТ МЕДИЦИНАСЫНЫҢ ПАЙДА БОЛУ ЖӘНЕ ДАМУ ТАРИХЫ

Сот істеріндегі медициналық қорытындылардың маңыздылығы Римдегі XII кестелердің (б. з. д. 448 ж.) құрылуымен айқын көрінеді, оған сәйкес мәйіттерді қарау, мәйіттерді қаладан тыс жерде жерлеу, босанудың "заңдылығын" анықтау, қайтыс болғандарды қамқорлыққа алу және т. б. кезінде дәрігердің қатысуы қажет болды.

Гиппократ (б.з. д. 460 ж.) түсік түсіру және жүктілік мерзімін белгілеу, шала туылған нәрестелердің өміршендігі, әртүрлі жарақаттардың ауырлығы сияқты мәселелерді зерттеді.

Заңның дамуымен қатар римдіктер бірқатар мемлекеттік мәселелерді шешуде медициналық білімді қолдану аясын кеңейтті. Заң шығарушылар Адриан, Антония, Марка Аврелия және Септимия Солтүстік басшылыққа оқу-жаттығу Гиппократ. Император дигестінде

Юстиниан жүктілік мерзімін белгілеу үшін "әжелерді" шақыру туралы айтады. Біздің дәуірімізге дейінгі 44 жылы Светонийдің айтуынша, дәрігер Антистий өлтірілген Рим императоры Юлий Цезарьдың денесінде 23 жараны тапқан, оның тек біреуін ғана өлімге душар еткен деп таныған.

I ғасырда Рим дәрігерлері жүктіліктің максималды мерзімін (11 ай) анықтайтын заң әзірлеуге қатысты.

Тергеу мен сот аспектілеріне бағынатын медициналық білімге қажеттіліктің артуының өте маңызды дәлелі-заңдар жиынтығы мен Рим құқығы жүйесін ұсынған әйгілі Юстиниан кодексі (б.з. д. 529-534 ж. ж.). Кодексте сот процесінде дәрігерлердің рөлі туралы нұсқаулар бар: "дәрігерлер іс жүзінде куәгерлер емес, олар куәгерлерден гөрі судья ("*Medici non sunt propriae testes sed magis est justitum gnam testimonium*"). Кодексте улану, жүктіліктің жасы мен мерзімін анықтау, психикалық аурулар және т. б. туралы сұрақтар түсіндірілді.

Ортағасырлық неміс заңнамаларында, мысалы, аллеманов Заңы (б.з. д. VI ғ.) алғаш рет судьямен зақымдау үшін кінәліні жазалау дәрежесін және өсімпұл мөлшерін анықтау үшін медициналық қызметкермен кездесу қажеттілігі туралы айтылды. Ерте орта ғасырларда (XI—XII ғасырларға дейін) Сот медицинасы дерлік дамымады, өйткені сол кездегі "айыптау" түрінде сот процесі соғысушы тараптардың сот жекпе-жегіне ("өріс") немесе өрт пен су сынағына ("Құдайдың соты") дейін азайтылды.

Дәрігерлердің міндетіне тек қазіргі заманғы сараптама ғана емес, сонымен бірге азаптау өндірісінде болу және егер жауап алынған адам есін жоғалтса, ауырсынуды тоқтатса, азаптауды тоқтата тұру туралы қорытынды беру кірді. Дәрігер "Құдайдың үкімі" және обсурантизмнің басқа көріністері кезінде, жазықсыз тартылған әйелдердің денесінде "шайтанның мөрлерінің" барлық түрлерінің бар екендігі туралы куәлік етуге мәжбүр болған кезде қорытынды жасады.

Азияның кейбір елдерінде (Қытай, Жапония, Корея) Сот медицинасы XIII ғасырдан бастап дами бастады. 1247 жылы Қытайда Сун-ЦА қылмыстық

сотының төрағасы жазған "Си-юань-Лу" жинағы жарық көрді, онда зорлық-зомбылық пен кенеттен өлімнің диагностикасы мәселелері көрініс тапты. Қытай тілінде болған

империялар 1248 жылдан басталған сот медицинасы жинағы 5 бөлімнен тұрды. Бірінші бөлімде мәйіттерді жалпы және әсіресе зақымдануды сот - медициналық зерттеу, зақымдануды модельдеу және түсік түсіру туралы айтылады; екіншісінде - зақымданудың әдістері мен құралдары, тірі зақымданудың өлімнен кейінгі зақымданудан айырмашылығы туралы; үшіншісінде — қан кету және суға бату туралы; соңғы екі бөлім улар мен улану мәселесіне арналған.

Рим папасы Григорий III (XIII ғ.), мүмкін, бұрыннан бар тәжірибені көрсете отырып, әртүрлі зақым келтіру туралы істерді қарау кезінде дәрігерлердің ерекше құзыреті туралы айтады. Рим Папасы Иннокентий III (1209) Жарлығында өлім жарақаттарының мәйітін зерттеуде медициналық сараптама туралы нақты айтылған.

XII-XIV ғасырлар бойы айыптау нысанын іздестіру алмастырады. Айыптау немесе заңды деп тану ресми дәлелдерге негізделген. Соңғысын анықтау және қылмыс жасау фактісін анықтау әкімшілік-сот билігінің қарамағына өтеді. Сот процесінде" дуэль "мен" Құдайдың соты " айыпталушылардың кінәсін іздеу, азаптау және мойындауды алмастырады, бұл негізгі дәлел болады. Сот процесінің айыптау және іздестіру нысандары медицинаға аз қажет болды, бірақ соған қарамастан, қоғамдық өмір жағдайлары дамып, күрделене түскен сайын және медициналық білімнің өсуіне байланысты денсаулыққа зиян келтіруге немесе адамның өліміне байланысты кейбір арнайы мәселелерді шешу үшін медицинада білімді адамдар көбірек тартылуда.

Революцияға дейінгі Ресейдегі сот медицинасының пайда болуы мен даму тарихын үш кезеңге бөлуге болады:

- Петрге дейінгі дәуір;
- I Петрден бастап 1864 жылғы сот реформасына дейін;
- 1864 жылғы сот реформасынан Қазан төңкерісіне дейін.
- Сот медицинасының қалыптасуы мен дамуының кеңестік кезеңі

мыналарды қамтиды:

- 1917-1939 жж. (Екінші дүниежүзілік соғыстың басталуы);
- 1941-1945 жж. (Ұлы Отан соғысы) - 1991 ж. (КСРО-ның ыдырауы).

Бірінші кезеңде Сот медицинасы тек пайда болды және ғылыми емес, эмпирикалық сипатта болды. Мемлекеттің әкімшілік және сот қызметінде медициналық білімді қолдану жағдайлары сирек болды.

XVII ғасырдың ортасынан бастап жағдай өзгерді. Дәрігерлер әскери немесе басқа қызметке жарамдылығын анықтау үшін, сондай-ақ дене жарақаттарын анықтау үшін куәландыруды жүргізу үшін жиі тартыла бастады. Осы кезеңде дәрігерлер қайтыс болу себебі туралы жазбаша қорытынды бере отырып, балалардың мәйіттерін тексеруді бастайды.

Сот-медициналық сараптаманың процедуралық реттелуі I Петрдің әскери (1716) және теңіз жарғыларымен басталды, әскери Жарғыда, Батыс Еуропа мен

Американың көптеген елдеріне қарағанда, сот-медициналық сараптаманы тағайындау және мәйіттерді ашу себептері заңдастырылды.

Жарғының 164-артикулының түсіндірмесінде оның себебін анықтау мақсатында күштеп өлім күдігі кезінде және күштеп өлім жағдайларында мәйіттерді сою туралы айтылды. Аутопсия жасаған дәрігерден "хат бойынша сотта куәлік беру және оны растау туралы ант беру". Аталған Жарғының 154-бабының түсіндірмесі, егер өлім төбелестен кейін болса, өлімнің себебін дәл "іздеуді" талап етті. "Негізінен шынайы ведать, бұл өлім всеконечно ма битья приключилась. Егер ол орындалса, өлтірілген адам сол соққылардан емес, басқа жағдайлардан болды... қайтыс болды... зело үшін, егер жақында кім қайтыс болса, төбелесте бит, соққы немесе кесілген болса, дәрігерлер өлі дененің кесілгенін және оның өліміне не себеп болғанын нақты анықтайтынын анықтауы керек. сотта куәлік болуы керек, хатта ол ант береді және оны мақұлдауға ант береді".

Мәйіттерді ашудың тәртібі мен мақсаты туралы Теңіз жарғысында бұдан былай түсіндірмеде емес, тәуелсіз 108 мақалада айтылған. Аяғына анықталған және ашу уақыты — "сол бойынша қайтыс болған".

Қазан төңкерісінен кейінгі сот медицинасы

Қазан төңкерісінен кейін жаңа мемлекеттік аппарат ұйымдастырылды. 1918 жылы 11 шілдеде Халық Комиссарлар Кеңесінің Жарлығымен құрылған РСФСР Денсаулық сақтау халық комиссариаты сот-медициналық сараптаманы ұйымдастыруды жүзеге асырды. Онда медициналық сараптама бөлімшесі бар азаматтық медицина бөлімі ұйымдастырылды, ол 1919 жылдың ақпан айында "мемлекеттік медициналық сарапшылардың құқықтары мен міндеттері туралы ережені" шығарды.

1919 жылы сәуірде Денсаулық сақтау халық комиссариаты мен РСФСР Әділет халық комиссариаты "ауруханалар мен медициналық мекемелерде қайтыс болған мәйіттерді, адамдарды ашу тәртібі туралы ережелер" және "дене жарақаттарын жіктеудің уақытша ережелері" шығарды.

1920 жылы сот-медициналық сарапшылардың 1-ші бүкілресейлік съезі өтті, ол еліміздің медициналық және заң университеттерінде сот медицинасын сараптау мен оқытуды ұйымдастыру мәселелеріне көп көңіл бөлді.

1922 жылы сот-медициналық сараптама жүйесін ұйымдастыру қайта құру жүргізілді. РСФСР Денсаулық сақтау халық комиссариатында сот-медициналық сараптама секциясы, губернияларда — губерниялық сот-медициналық сарапшы лауазымы, уездерде — уездік сот-медициналық сарапшы лауазымы құрылды. Ірі қалаларда бір сот сарапшысы 100 000 тұрғынға келді.

1922-1923 жылдары РСФСР Қылмыстық және қылмыстық іс жүргізу кодекстері қолданысқа енгізіледі. Соңғысы сот-медициналық сараптаманың процедуралық жағдайын анықтады.

1924 жылы РСФСР Денсаулық сақтау халық комиссариатында бас сот-медициналық сарапшы лауазымы енгізілді, осылайша негізінен осы уақытқа дейін сақталған сот-медициналық сараптама құрылымын ұйымдастыру

аяқталды. Сол жылы Дондағы Ростовта, Ленинградта және Свердловскіде Ресейдегі алғашқы сот-медициналық зертханалар ұйымдастырылды.

1926 жылы сот-медициналық сарапшылардың 2-ші бүкілресейлік съезі өтті. Ал 1928 жылы Денсаулық сақтау халық комиссариаты мен РСФСР Әділет халық комиссариаты "зақымданудың ауырлығы туралы қорытынды жасау ережелерін" және "мәйіттерді сот-медициналық зерттеу Ережелерін" бекітті.

Сот-медицина ғылымының дамуында 1932 жылы РСФСР Денсаулық сақтау халық комиссариатының Сот медицинасы мемлекеттік ғылыми-зерттеу институтын ұйымдастыру маңызды болды, оның алғашқы директоры профессор Н.В. Попов болды. 1934 жылы жаңа "сот-медициналық сараптама өндірісі туралы ереже" жарық көрді.

1937 жылы мемлекеттік қайта құруға байланысты КСРО Денсаулық сақтау халық комиссариатының бас сот-медициналық сарапшысы лауазымы енгізілді. Сот медицинасын дамыту үшін КСРО Халық Комиссарлары Кеңесінің "сот-медициналық сараптаманы нығайту және дамыту шаралары туралы" 1939 жылғы 4 шілдедегі № 985 қаулысы маңызды болды.

1942-1946 жж. фашистік басқыншылардың қатыгездігін тергеу жөніндегі Төтенше мемлекеттік комиссияның жұмысына қатысқан сот дәрігерлері фашистердің адамзатқа қарсы қылмыстарының көптеген сенімді объективті дәлелдерін анықтады.

1946 жылы сот дәрігерлерінің Бүкілодақтық ғылыми қоғамы ұйымдастырылды.

Соғыстан кейінгі кезеңде, әсіресе 1948 жылы КСРО Денсаулық сақтау министрінің № 82 бұйрығы шыққаннан кейін, қазіргі сот медицинасының өзекті мәселелерінің бірі — кенеттен қайтыс болған жағдайда сараптама кеңінен дами бастады.

1952 жылы жаңа "сот-медициналық сараптама өндірісі туралы Нұсқаулық" енгізілді. Ал 1953 жылы сот-медициналық сараптама мекемелері қайта құрылды, облыстар мен республикаларда сот-медициналық сараптама бюросы құрылды.

1958 жылдан бастап қазіргі уақытқа дейін "сот-медициналық сараптама" журналы шығады.

70-80 жылдары денсаулық сақтау министрлігінің Сот-медицина қызметінің жұмысын жақсарту, сот-медициналық сараптама бюросын ұйымдастыру бойынша бірқатар бұйрықтары шығарылды, әртүрлі сараптама түрлерін жүргізудің жаңа Ережелері бекітілді.

Сот дәрігерлерінің Бүкілодақтық ғылыми қоғамының үш съезі (1976, 1982, 1988) және Бүкілресейлік сот дәрігерлері ғылыми қоғамының төрт съезі (1981, 1987, 1992, 1996) өтті.

1992 жылы Бүкілресейлік сот дәрігерлерінің 3-ші Съезінің шешімімен Ресей Федерациясының Денсаулық сақтау министрлігі жанынан Сот медицинасы бойынша оқу-әдістемелік орталық құрылды.

1995 жылы наурызда Ресей Федерациясының Денсаулық сақтау және медициналық өнеркәсіп министрлігінің № 51 бұйрығымен федералды ауқымдағы екі мекеме-Ресей Федерациясы Денсаулық сақтау министрлігінің

сот — медициналық сараптама бюросы және Ресей Федерациясы Денсаулық сақтау министрлігінің Сот медицинасы ҒЗИ негізінде республикалық сот-медициналық сараптама орталығы құрылды. Орталыққа Сот медицинасы мен сот химиясының ең өзекті мәселелерін әзірлеу, Ресей Федерациясында ғылыми-зерттеу жұмыстарын ұйымдастыру және жоспарлау, ғылыми нәтижелерді сот-медициналық практикаға енгізу, құқық қорғау органдарының тапсырмасы бойынша ең күрделі сот-медициналық сараптамаларды өндіру, сот-медициналық сарапшылар мен олардың дипломнан кейінгі білім беру кадрларын даярлауға қатысу жүктелген.

1997 жылдан бастап Ресейде сот-медициналық сараптаманың қалыптасуында үлкен маңызға ие ҚР жаңа Қылмыстық кодексі жұмыс істейді. Атап айтқанда, оның бірқатар ережелерін жүзеге асыру үшін Ресей Федерациясының Денсаулық сақтау министрлігінің 10 жылғы 1996 желтоқсандағы № 407 "сот-медициналық сараптама жүргізу ережелерін тәжірибеге енгізу туралы"бұйрығы шығарылды.

Осылайша, сот медицинасының даму тарихын қарастыру оның әрқашан отандық ғылымның алдыңғы қатарлы позицияларында болғандығын, Медициналық және заң ғылымдарының заманауи, прогрессивті талаптарына жауап беретіндігін және құқық қорғау органдарының өкілдері арасында сот процесінде белгілі бір әрекеттер кезінде дәлелдеу процесінің әртүрлі аспектілерін объективті түрде көрсететін ғылым ретінде үлкен беделге ие болғандығын көрсетеді.

I СОТ МЕДИЦИНАСЫНЫҢ ПӘНІ, ОБЪЕКТИЛЕРІ ЖӘНЕ МІНДЕТТЕРІ

Сот медицинасы-құқықтық практиканың қажеттіліктеріне қатысты Медициналық және биологиялық сипаттағы мәселелерді зерттейтін және дамытатын ғылым. Мұндай мәселелер қылмыстық немесе азаматтық істерді тергеу және қарау кезінде туындауы мүмкін және медицинаның кез келген бөліміне (хирургия, Терапия, акушерия және гинекология, педиатрия және т. б.) қатысты болуы мүмкін.

Сот-медициналық практика, ең алдымен, сот-медициналық сараптама объектілерін белгілі бір себептер бойынша зерттеуден тұрады. Сот-медициналық сараптама объектілері: тірі адамдар; мәйіттер; заттай дәлелдемелер; тергеу және сот істерінің материалдары; медицина персоналының кәсіптік міндеттерін бұзуы болып табылатындығын нақтылау қажет.

Сот медицинасының мамандық ретіндегі маңызды ерекшелігі-ол белгілі бір органның бұзылуының немесе бұзылуының бір түрін зерттемейді, бірақ оның қалыпты физиологиялық және патологиялық жағдайында бүкіл адамды зерттеу объектісі болып табылады.

Пән жүйесі-сот-медициналық сараптаманың маңызды тәжірибесімен анықталады және келесі түрде анықталуы мүмкін:

1. Сот-медициналық сараптама жүргізу ережелері баяндалған іс жүргізу бөлігі әртүрлі заңдардың, ережелердің мазмұны мен түсіндірмесі келтіріледі.

2. Сот медицинасының ғылым ретіндегі мазмұнын құрайтын медициналық және жаратылыстану туралы мәліметтерді баяндайтын материалдық бөлік.

Бұл бөлік бірнеше бөлімге бөлінеді:

а) өлім туралы ілім бөлімі (танатология) – өлім туралы ілім, оның басталуы, оның белгілері, мәйіттегі өлімнен кейінгі өзгерістер, зорлық-зомбылық пен зорлық-зомбылыққа күдік тудыратын өлім арасындағы айырмашылықтар.

б) зақымдану бөлімі (сот травматологиясы) - бір рет зерттеу кіреді-жеке зақымдар, олардың танылатын және нақты сипаттамасы, олардың ағзаға әсерін анықтау, жарақат алу әдістері мен жағдайларын анықтау және оларды заңды бағалау.

в) улану бөлімі (сот токсикологиясы) – улану зерттеледі, сот-медициналық тұрғыдан маңызды, сонымен қатар оларды клиникалық тану, емдеу және ескерту.

г) даулы жыныстық жағдайлар туралы Бөлім-жыныстық функцияларға қатысты мәселелер, жыныстық жолмен берілетін ауруларды жұқтыруды анықтау, жыныстық қолсұғылмаушылықты бұзу (зорлау)бойынша зерттеудің барлық түрлері кіреді

д) жүктілік және босану (соттық акушерлік) – жүктілікті тану тәсілдерін, оның ұзақтығын, босанған әйелдерді тануды, түсік түсіру тәсілдерін зерттейді.

е) заттай дәлелдемелерді сот-медициналық зерттеу бөлімі – биологиялық дәлелдемелерді зерттейді: қан, ұрық, шаш және оның нәтижелерін түсіндіру.

ж) Криминалистика мен сот медицинасының шекаралық салалары сот-техникалық сараптама - бұл жеке тұлғаны сәйкестендіру, жасанды және жасанды аурулар, өлім түрін анықтау тәсілі.

з) дәрігерлік қызмет және медициналық қызметтің басқа да түрлері туралы

жұмыс, Медициналық қателіктер және медициналық қызмет.

и) психологиялық жай-күйді зерделеу жөніндегі бөлімді (сот психиатриясы) психиатрлар әзірлейді. Қылмыстық жауапкершілікті болдырмайтын немесе жеңілдететін немесе адамның азаматтық қабілеттілігіне кедергі келтіретін ақыл-ойды, әртүрлі психикалық ауруларды анықтау әдістері зерттелуде.

Сот медицинасының мәні медициналық білімді сот практикасында қолдану болып табылады, ол теориялық және клиникалық (емдік) медицинадан, сондай-ақ гигиенадан айтарлықтай ерекшеленеді.

Үлкен тәжірибе мен материалдардың жинақталуы сот медицинасының екі негізгі міндетін анықтайды:

1. Сот төрелігі органдарына көмек.
2. Халыққа емдеу-алдын алу көмегін көрсету.

Сот медицинасының негізгі міндеті — жеке адамға-адамның денсаулығы мен өміріне, сондай-ақ оның жыныстық тұтастығына қарсы қылмыстарды ашуда әділеттілікке көмектесу.

Клиникалық-анатомиялық конференцияларда сот-медициналық жағдайларды талқылау, клиникалық және анатомиялық диагноздар мен емдеу жұмыстарындағы ақаулардың терең алшақтығы фактілері туралы Денсаулық сақтау органдарына хабарлау.

Сот-медициналық практика, ең алдымен, сот-медициналық сараптама объектілерін белгілі бір себептер бойынша зерттеуден тұрады. Сот-медициналық сараптама объектілері: тірі адамдар; мәйіттер; заттай дәлелдемелер; тергеу және сот істерінің материалдары; медицина персоналының кәсіптік міндеттерін бұзуы болып табылатындығын нақтылау қажет.

СОТ МЕДИЦИНАСЫ ӘДІСТЕРІ

Сот медицинасының әдістеріне нақты объектілерді, құбылыстарды, заттар мен фактілерді зерттеуге арналған жалпы ғылыми әдістер, ережелер мен ұсыныстар жүйесі кіреді. Бұған мыналар кіреді: бақылау, өлшеу, сипаттау, салыстыру, эксперимент, модельдеу, математикалық өңдеу және басқалар. Жалпы ғылыми әдістермен қатар, сот медицинасында тек осы қызмет саласына тән арнайы зерттеу әдістері бар. Бұл сот медицинасының объектілері мен міндеттерінің ерекшелігіне байланысты. Таза сот-медициналық әдістерге мыналар жатады: өлімнің ұзақтығын анықтау әдістемесі, өмір сүру және өлімнен кейінгі зақымдануды анықтау әдістемесі, адам денесіндегі зақымдануды анықтау әдістемесі және басқалар. Басқа ғылымдардан алынған, бірақ таза сот-медициналық мақсаттарда қолданылатын әдістер гистологиялық, биохимиялық, спектрлік, фотографиялық және т.б.

Кез-келген ғылымның мәнін түсіну үшін зерттелетін объектілерді нақты көрсету қажет. Сот-медициналық тәжірибеде кездесетін нысандарды Төрт үлкен топқа бөлуге болады:

1. Тірі адамдар (жәбірленушілер).
2. Мәйіттер және олардың бөліктері.
3. Биологиялық шығу тегінің заттай дәлелдемелері (қан, ұрық, шаш және басқалар).
4. Медициналық-биологиялық жоспардың ақпаратын қамтитын құжаттар мен материалдар.

Сот медицинасының жалғыз әдісі-диалектикалық материализм. Ұлы отандық ғалым И. П. Павловтың жоғары жүйке қызметі, физиология мен патологияның бірлігі, функциялардың локализациясы мен компенсациясы, қозу және тежелу процестерінің бірлігі туралы ілімі сот дәрігерлеріне сот медицинасының проблемаларын түсінуге және дамытуға әдіснамалық тұрғыдан дұрыс жол ашты: танатогенез процестері, кенеттен өлім, оттегі ашығуы, улы заттардың әсері және тағы басқалар.

Сот медицинасында медицинаның басқа салаларында қолданылатын жеке зерттеу әдістері де кеңінен қолданылады. Сонымен, тірі адамдарға сараптама жасау кезінде әртүрлі клиникалық мамандықтарда қолданылатын зерттеу әдістері кеңінен қолданылады. Мәйіттерді зерттеу кезінде гистологиялық, микробиологиялық, аспаптық, сот-химиялық және басқа әдістер қолданылады.

ТІРІ АДАМДАРҒА СОТ-МЕДИЦИНАЛЫҚ САРАПТАМА ТАҒАЙЫНДАУ ЖӘНЕ ЖҮРГІЗУ НЕГІЗДЕРІ, ТӘРТІБІ

Тірі адамдарға сот-медициналық сараптаманың жалпы тәртібі

1. Олардың негізінде сот-медициналық сараптама жүргізілуге тиіс құжаттармен танысу. Ол тергеу органдарының қаулысы немесе соттың ұйғарымы бойынша ғана жүргізілуі мүмкін, онсыз сарапшы жәбірленушіні зерттеуді жүргізе алмайды және жүргізбеуі тиіс. Мұндай зерттеу, егер ол тіпті жүргізілсе де, сараптама емес. Мұндай жағдайларда сарапшы сотқа тек куә ретінде шақырылуы мүмкін, ал оның тұжырымы тек куәгер ретінде көрінуі мүмкін. Бұл жағдайда сарапшы басқа дәрігер — сот дәрігерін тағайындауы керек. Істі іс жүргізуге қабылдаған Орган сот-медициналық сараптама тағайындау туралы қаулы шығарады, онда істің мән-жайларын қысқаша баяндайды және сарапшының алдына шешілуге тиіс мәселелер қояды.

Сот-медициналық сарапшы сараптама жүргізуді оның негізінде жүргізілуге тиіс құжаттарды және шешілуге тиіс мәселелерді мұқият зерделеуден бастайды. Сондай-ақ, медициналық және басқа құжаттардың мазмұнына, дизайнына, қолтаңбаларға, мөрлерге, мөрлерге, олардың жалған болу мүмкіндігін ескере отырып назар аудару керек.

1. Зерттелетін адамның жеке басымен танысу. Сараптамаға жіберу туралы құжаттармен танысқаннан кейін сарапшыға паспорт немесе басқа құжаттар бойынша сарапшы тұлғасымен танысу ұсынылады. Күмән туындаған жағдайда сарапшы тексеруді тергеу органдары немесе сот арқылы жүргізеді.

2. Қылмыстық іс материалдарымен, медициналық құжаттармен танысу. Сарапшы, ең алдымен, қорытынды беру үшін қажетті іс материалдарымен танысуы керек. Сарапшыға танысу үшін ұсынылатын материалдың көлемін тергеуші анықтайды. Сарапшы өзіне ұсынылған материалдармен танысқаннан кейін, бұл материалдар тергеуші қойған сұрақтарға қорытынды және жауап беру үшін жеткілікті ме, әлде басқа қосымша материалдар қажет пе, соны анықтайды. Соңғы жағдайда сарапшы тергеушіге қорытынды жасау үшін қандай материалдар қажет екенін хабарлайды. Тергеуші сарапшыға қорытынды берілуі тиіс тармақтарды баяндайды. Айыпталушының қорытынды берілуге тиіс мәселелерді де жазбаша нысанда ұсынуға құқығы бар. Сарапшы тергеушінің рұқсатымен істің оған қорытынды беру үшін түсіндіру қажет болатын мән-жайларымен танысуға құқылы.

Осы іске қатысты барлық медициналық құжаттармен танысу сарапшы үшін міндетті болып табылады. Әдетте тергеуші сарапшыға медициналық құжаттарды түпнұсқада ұсынады. Медициналық құжаттардан үзінді көшірмелерді ешқашан пайдаланбау керек. Олар көбінесе қажетті деректерді қамтымайды, көбінесе асығыс және білікті емес. Бұл сонымен қатар, мысалы, медициналық тарихтан үзінді құрайтын адам (әдетте бұл медбике) сарапшыға не қажет екенін білмейді және кейде үзіндіге өте маңызды деректерді қоспайды немесе оны қысқартады. Сондықтан сарапшы әрдайым тергеуші арқылы

медициналық құжаттың түпнұсқасын талап етуі керек, оны тергеуші медициналық мекемеге қайтаруы керек.

Тергеуші қажет болған жағдайда кез келген құжатты алып қоюға және оны іске қосуға құқылы. Сараптамаға қажетті медициналық құжаттар мен басқа материалдарды сарапшы емес, тек тергеуші сұрауы керек. Сарапшы қорытынды беру үшін қажетті барлық материалдарды тек тергеушіден және басқа жолмен алады. Тергеуші сарапшыға сараптама мен қорытынды үшін қажетті барлық материалдарды, оның ішінде қылмыстық істі, яғни оларсыз сараптама жүргізуге және қорытынды беруге болмайтын материалдарды ұсынуға міндетті.

Сарапшы сараптамаға қойылған мәселелерді шешу үшін маңызды деректерге ерекше назар аудара отырып, алынған материалдарды егжей-тегжейлі зерттейді. Медициналық құжаттардың, рентген суреттерінің, мөртаңбалардың, мөрлердің, даталардың дұрыстығы мен түпнұсқалығына және олардың істің мән-жайларына сәйкестігіне ерекше назар аудару керек, ал күмән туындаған жағдайда оларды нақтылау үшін тергеушіге беру керек.

Барлық материалдар мен ұсынылған құжаттарды зерттегеннен кейін сарапшы сарапшыдан жауап ала бастайды. Қажет болған жағдайда сарапшыдан сарапшыны қызықтыратын мәселелер бойынша жауап алуды тергеуші сарапшының қатысуымен жүргізуі керек. Сараптама тергеушісіз жүргізілген кезде сарапшы өзі тексеретін адамнан іс материалдарында болмаған мәліметтерді ала отырып, оларды сараптама құжатына енгізбейді, ол туралы тергеушіге хабарлайды. Соңғысы мұндай адамнан жауап алады және жауап алу материалдарын іске қосады. Егер сарапшының өзі алған, істе болмаған жаңа мәліметтерді сараптама құжатына енгізсе, онда ол сарапшыдан куәларға ауыстырылуы мүмкін. Ал сотта ол енді сарапшы ретінде емес, тергеу мен сотқа белгісіз фактілер туралы куәлік беретін куәгер ретінде пайда бола алады.

4. Сот-медициналық анамнез жинау үшін сарапшыдан сұрау жүргізуді сарапшы қойылған мәселелерді шешу үшін қажетті мән-жайларды анықтаудан бастап, өзі жасауға құқылы. Мысалы, зақымданудың уақыты, ол қолданылған құрал, қолдану механизмі, аурудың барысы және басқа да мәліметтер. Сауалнама егжей-тегжейлі және дәйекті түрде жүргізілуі керек, зақымданудың жеке жағдайлары мен егжей-тегжейін, олардың барысы және т. б. Сарапшы деректерді, ең алдымен, оның мүдделеріне сүйене отырып, жиі ниетсіз және кейде саналы түрде, оқиғаға қатысты деректерді іс жүзінде болмағандай көрсетпеуі мүмкін екенін ескеру маңызды. Қате деректер әртүрлі жағдайларға қатысты болуы мүмкін: зақымданудың пайда болуы, оларды алу уақыты, ағымы және т. б.

Сарапшыны жаңылыстыру мақсатында қандай да бір деректерді қасақана жалған жариялау мүмкіндігін ескеру өте маңызды (мысалы, жақында алынған ескі көгерістерді көрсету және т.б.). Сондықтан сарапшының түсіндірмелеріне сыни көзқараспен қарау, оның түсіндірмелеріндегі қайшылықтарға назар аудару және оларды объективті деректермен салыстыру қажет. Сараптама алдында тұрған негізгі міндеттердің бірі-объективті деректердің сарапшының түсініктемелеріне сәйкестігін немесе сәйкес еместігін анықтау.

Барлық күмәнді деректер әсіресе қайталанатын сұрақтармен, "бақылау" салыстырумен мұқият тексерілуі керек. Алайда, сарапшы ешқандай жағдайда да, ешқашан да өзінің күмәнін білдірмеуі керек, сарапшымен айқасқа немесе дау-дамайға түсіп, оны өтірік немесе қарама-қайшылықта айыптамауы керек. Барлық қажетті деректерді алғаннан кейін сарапшы зерттелетін адамнан оның шағымдары туралы сұрайды. Мұқият және егжей-тегжейлі сұрай отырып, сарапшы оларды сараптама құжатына енгізеді. Содан кейін тексеруге кіріседі.

Сарапшыны тексерудің мақсаты мен міндеті объективті деректерді анықтау болып табылады: бар зақым және басқа өзгерістер. Тексеру біртіндеп, дәйекті, белгілі бір тәртіппен жүргізілуі керек. Тексеру міндетті түрде табиғи жарықта жүргізілуі керек. Үлкейткішпен егжей-тегжейлі тексеру үшін дененің өзгеруі бар арнайы жарықтандыруды қолдануға болады. Тексеруді субъектіде қандай зақым бар екенін анықтаудан бастау керек. Содан кейін дененің жеке бөліктерін жүйелі түрде тексеріп, анықталған өзгерістер мен зақымдарды сол ретпен сипаттаңыз.

Қылмыстық (азаматтық) істерде, егер субъект барлық өзгерістер мен зақымдарды ұсынуға мүдделі болса, сарапшы кейде сарапшының не ұсынатынын тексерумен шектелуі мүмкін. Неғұрлым күрделі және күмәнді жағдайларда, әсіресе күдіктілер мен айыпталушыларды, сондай-ақ жәбірленушілерді тексерген кезде, тақырыпты толығымен шешіп, содан кейін тексеруді ұсынған жөн. Бұл бар өзгерістер мен зақымданулар және олардың сипаты туралы толық және дұрыс түсінік береді, кез-келген зақымдануды жасыру үшін сарапшының мүмкіндігінен айырады және сарапшы бәрін тексергеніне сенімді бола алады. Мұндай тексеру әрдайым жасалуы керек. Сарапшы кейде сарапшы әртүрлі себептермен өзіндегі өзгерістерді немесе зақымдарды көрсетпеуге, жасырмауға, сарапшыны адастырмауға тырысатынын есте ұстауы керек. Бұл үшін сарапшының толық тексеруі қажет. Дененің жеке бөліктерін дәйекті түрде тексеріңіз: бас, мойын, кеуде, артқы, жоғарғы аяқтар, төменгі аяқтар және әсіресе мұқият жасырылған дене бөліктері: аксилариялар, сүт бездерінің астындағы дене бөліктері глюталеальды қатпарлар. Сарапшы мұндай толық тексеруді өз қорытындысында атап өткен жөн.

Анықталған өзгерістердің сипаттамасы. Барлық өзгерістерді тексергеннен кейін сарапшы оларды сипаттай бастайды. Дененің жекелеген бөліктерінде орналасқан зақымданулар және объектінің сипатына байланысты басқа да өзгерістер мен ерекшеліктер дәйекті түрде сипатталады. Тапсырыс әртүрлі қабылдануы мүмкін, бірақ басынан бастап өзгерістер мен ерекшеліктерді сипаттау ұсынылады, содан кейін мойын, жоғарғы аяқ, кеуде, арқа және іш, жыныс мүшелері, бөкселер, төменгі аяқтар.

Әрбір зақым мен өзгеріс (мысалы, татуировка, тыртық) бөлек сипатталады. Егер зақымданулар (тыртықтар) көп болса, олар жеке топтарға біріктіріліп, сипатталады. Сіз сандарды дәйекті түрде сипаттай аласыз, бірақ сіз бәрін көрсетуіңіз керек.

Табылған өзгерістер мен зақымдарды сипаттаудан басқа, оларды схемаларға енгізу ұсынылады. Мұны түрлі-түсті қарындаштармен жасау жақсы, бұл әсіресе көгеруді көрсету үшін қажет. Барлық күрделі сараптамаларда

зақымдарды суретке түсіру керек. Беттің зақымдануын суретке түсіру керек, өйткені болашақта оны бұзу туралы мәселе туындауы мүмкін.

Сот-медициналық сараптаманың кейбір түрлерінде жеке органдарды, дене көлемін өлшеу керек. Мұндай өлшеулер белгілі бір әдістеме бойынша жүргізілуі керек, әйтпесе алынған нәтижелер сенімді болмайды. Өлшеулерді жүргізу үшін Стандарттау, метрология және сертификаттау жөніндегі тиісті өңірлік бөлімдерде алдын ала тексерілуі және желімделуі тиіс арнайы өлшеу аспаптарын пайдалану қажет. Сот-медициналық практикада қажет мұндай құрылғыларға: медициналық таразылар, бой өлшегіштер, сантиметрлік таспалар және арнайы компастар жатады. Мүгедектікті зерттеу тәжірибесінде басқа құрылғылар қолданылады: динамометр - бұлшықет күшін анықтау үшін, спирометр - өкпенің өмірлік сыйымдылығын анықтау үшін. Аталған барлық аспаптармен сот-медициналық кабинеттер де жабдықталуға тиіс.

Тексерілушінің киімін тексеру. Тергеу органдары мен сотты қызықтыратын бірқатар мәселелерді анықтау үшін сот сарапшысының киім, аяқ киім, бас киімді тексеруі үлкен маңызға ие.

Зақым дененің ашық бөліктеріне ғана емес, сонымен қатар киіммен де жасалады, сондықтан қару-жарактың, қарудың және басқа да ерекшеліктердің іздері қалады. Сот-медициналық сарапшы сарапшыны тексерген кезде міндетті түрде киімге назар аударуы керек. Егер сарапшының өзі басқа адам келтірген зақым үшін өзіне зақым келтірген деп күдіктенсе, киімді тексеру өте маңызды. Киімге және денеге зақым келтіруді салыстыру (проекциялау) кейде оның зақымдануы дененің зақымдалуымен бір уақытта пайда болғанын, олармен сәйкес келмейтінін анықтауға мүмкіндік береді. Киім арнайы (сот-медициналық, сот-химиялық) зерттеуді қажет етуі мүмкін. Мұндай жағдайларда заттай дәлел ретінде киімді тергеуші криминалистикалық немесе сот-химиялық сараптама үшін жібереді.

Бірқатар арнайы мәселелерді шешу үшін киімді зерттеуді сот-медициналық сарапшы немесе сарапшы-криминалист, сот химигі зерттеудің барлық қажетті әдістерін қолдана отырып жүргізуі тиіс. Сарапшы кейбір жағдайларда жәбірленушінің киімдерін тексереді, сондықтан ол ондағы зақымдарды, іздерді және басқа да ерекшеліктерді көре және сипаттай білуі керек. Арнайы зерттеуді қажет ететін киімді тек тергеуші ғана алып, сараптамаға жібере алады. Сарапшы киімнің арнайы зерттеуді қажет ететінін анықтап, бұл туралы тергеушіге хабарлайды.

Арнайы зерттеулер. Көп жағдайда сот-медициналық сараптама жүргізу үшін арнайы білімді қажет ететін қосымша зерттеулерсіз сарапшыны тексеру жеткілікті. Бұл беткі жаракаттар болған кезде және терең тіндерге, сүйектерге, ішкі ағзаларға, яғни өкпеге зақым келтірместен, денсаулыққа зиян келтірместен күдік болмаған жағдайда болады.

Бірақ кейде сарапшы сарапшыны тексерумен шектеле алмайды, ал қойылған сұрақтарға жауап беру үшін тек тақырыпты ғана емес, сонымен қатар зертханалық зерттеулерді, мысалы, оның биологиялық секрецияларын, заттай дәлелдемелерді және т. б. қажет етеді.

Сарапшының қорытындысы осындай арнайы зерттеулердің нәтижелеріне негізделуі мүмкін. Арнайы зерттеулердің нәтижелері мен консультант-мамандардың қорытындысы сот-медициналық сараптама құжатына енгізіледі, оған рентген суреттері және зертханалық зерттеулер бойынша қорытынды қоса беріледі.

Сот-медициналық сараптама құжаты, оның құрылымы және жасалуы. Жасауға "сарапшының Қорытындысын" сот медик тиіс жатуы есімді мұқият. Бұл құжат кейіннен сот процесінде іс бойынша дәлел болып табылады. Ол мазмұны жағынан да, формасы бойынша да толық және мінсіз болуы керек, сарапшыдан не табылғанын толық көрсетуі керек және сарапшыға қойылған сұрақтарға ғылыми негізделген жауаптар беруі керек.

Бұл құжат фотосуреттермен, диаграммалармен, суреттермен жақсы суреттелген болуы керек. Бұған сарапшының медициналық құжаттармен танысу кезінде алған деректері, яғни олардан алынған мәліметтер де кіреді. Бұл үзінділерде құжаттың атауы, түпнұсқасы немесе көшірмесі, күні, нөмірі, құжат толтырылған мекеме және сот-медициналық қорытынды беру үшін қажетті барлық деректер көрсетіледі.

Қорытындыға, егер ол сараптама жүргізуге сарапшы ретінде қатысса, сот-медициналық сарапшы немесе сарапшылар, консультант қол қояды. Сараптама құжаты мөрмен куәландырылады. Құжатқа сарапшының қолымен және мөрмен расталған схемалар, суреттер, фотосуреттер қоса беріледі. Бұл ретте құжаттың өзінде оған не қоса берілгені көрсетілуге тиіс.

ӨЛУ ЖӘНЕ ӨЛІМ

Дененің өлімі-жер бетіндегі барлық тіршілік иелерінің табиғи нәтижесі. "Өлім" ұғымы "өмір" ұғымымен тығыз байланысты. Өлім-өмірдің қисынды аяқталуы. Өмірден өлімге өту метаболизмнің бұзылуымен байланысты, бұл субжасушалық және молекулалық деңгейлердегі тотығу процестерінің бұзылуының салдары. Өмірден өлімге өту процесінің ұзақтығы - өлу-кең ауқымда өзгеруі мүмкін. Кейде өлім өте тез, бірнеше секунд немесе минут ішінде болады (жүрек-тамыр ауруларынан болатын өлім). Басқа жағдайларда, өлім баяу жүреді және ондаған минуттан бірнеше сағатқа дейін созылады.

Өлім мен өлім мәселелерін зерттеу танатология деп аталатын ғылыммен айналысады. Өлім туралы ілімнің негізін қалаушы-танатология (грек. Thanatos-өлім құдайы және logos-ғылым) - к.Бернар, Р. Вирхов, и. Мечников. "Танатология" терминін и.Мечников ұсынған.

Өлудің келесі кезеңі-терминалды үзіліс. Ол тыныс алудың кенеттен тоқтап қалуымен, жүрек қызметінің күрт тежелуімен, мидың биоэлектрлік белсенділігінің тоқтатылуымен, мүйізді және басқа рефлексстердің жойылуымен сипатталады. Терминалды үзілістің ұзақтығы бірнеше секундтан 3-4 минутқа дейін. Әдетте бұл қысқа мерзімді тыныс алудан басталады. Содан кейін жүрек қызметінің әлсіреуі және әртүрлі жүйелердің функционалдық бұзылыстары пайда болады. Өлім клиникасы метаболизмнің терең бұзылуымен және тіндік гипоксияның дамуымен сипатталады. Қан айналымы мен тыныс алудың төмендеуі нәтижесінде пайда болатын Гипоксия орталық жүйке жүйесінің (ОЖЖ) функциясының бұзылуына, оның жоғарғы бөліктерінен (кортекстен) бастап, төменгі бөлімдерге таралуына әкеледі. Клиникалық тұрғыдан алғанда, бұл ең алдымен сананың жоғалуымен көрінеді, ми қыртысының электрлік белсенділігі жоғалады. Тоникалық конвульсиялар дамиды (аяқтың күрт төмендеуі). Көбінесе сфинктер босаңсытады, рефлексстер жоғалады, оқушылар кеңейеді, тыныс алу және жүрек қызметі баяулайды. Қан қысымы төмендейді және жоғалады. Жүрек қызметінің әлсіреуі өкпенің ісінуіне әкеледі, кейде айқын байқалады, оны ауыздың ашылуында ақ көбіктің пайда болуымен бағалауға болады.

Өлім басталған кезде алдымен тыныс алу тоқтайды, содан кейін қан айналымы. Атональды кезеңде өлетін Адамның пайда болуы күрт өзгереді. Цианотикалық тері бозарады, көз алмалары түсіп кетеді, мұрны қайрайды, төменгі жақ төмендейді. Азаптың ұзақтығы өлімнің түрі мен механизміне байланысты. Ол қысқа (бірнеше минут) және ұзақ (бірнеше сағат және күн) болуы мүмкін. Кейде ол жоқ. Азаптың ұзақтығына байланысты оның 4 түрі бөлінеді: 1) дененің тез бұзылуы кезінде азаптың болмауы; 2) шығу тегі әртүрлі жіті өлім кезінде 4-5 мин ішінде өте қысқа мерзімді аза тұту; 3) көптеген сағат немесе күнге созылатын аза тұту; 4) кейде апта мен айға дейін реанимациямен ұзартылған аза тұту.

Тыныс алуды және қан айналымын тоқтатқаннан кейін 5-6 минутқа созылатын клиникалық өлім кезеңі басталады. денені жасанды немесе кездейсоқ салқындату кезінде бұл кезең 10 минутқа дейін артуы мүмкін. Клиникалық

өлімді қайтымды жағдай ретінде анықтау медицина үшін үлкен маңызға ие болды және жаңа медициналық ғылымның — реаниматологияның (немесе ағзаның жандануы туралы ғылымның) пайда болуына әкелді.

Өлудің соңғы кезеңі-биологиялық өлім. Бұл қайтымсыз жағдай және осы кезеңде адам ағзасының өмірлік функцияларын қалпына келтіру мүмкін емес. Ең алдымен, ми қыртысында қайтымсыз өзгерістер пайда болады - "мидың өлімі". Орталық жүйке жүйесінің интеграциялық қызметі бұзылған бұл сәт биологиялық өлімнің басталуы деп саналуы керек. "Ми өлімінен" кейін басқа мүшелер мен тіндердің өмірлік белсенділігі жалғасуы мүмкін (сур. 1).

Дене қайтыс болған сәттен бастап жеке мүшелер мен тіндердің түпкілікті өліміне дейін — "жасушалардың өлімі" шамамен 20 сағатты алады. дәл осы кезеңде тірі ұлпалар әртүрлі сыртқы тітіркенулерге (химиялық, механикалық, электрлік) жауап береді. Өлгеннен кейін жеке тіндердің сыртқы тітіркенулерге жауап беру қабілеті суправитальды реакциялар деп аталады. Соңғылары басқа белгілермен бірге сот-медициналық сарапшылар өлімнің ескіру мерзімін анықтау үшін кеңінен қолданылады.

Соңғы жылдары қайтыс болған сәтті анықтау мәселесі трансплантологияның (тіндер мен мүшелерді трансплантациялау туралы Ғылым) дамуына байланысты ерекше маңызға ие болды. Мәйіттен алынған тіндер мен мүшелерді сәтті трансплантациялау көбінесе қайтыс болғаннан бастап олардың қоршауына дейінгі уақытпен анықталады. Аз уақытта, соғұрлым табысқа ауысып отыру.

Биологиялық өлімді медициналық мекеменің бас дәрігері тағайындайтын комиссия белгілейді. Оның құрамына реанимация бөлімшесінің меңгерушісі, невропатолог, реанимацияны жүргізген дәрігер және жоғары немесе бірінші біліктілік санатының сот-медициналық сарапшысы кіруі тиіс. Қайтыс болуды растау комиссияның барлық мүшелері қол қоятын актімен ресімделеді.

ӨЛІМНІҢ ЖІКТЕЛУІ

Өлім-биологиялық ұғым. Сонымен қатар, адамзат қоғамындағы өлім әлеуметтік-құқықтық құбылыс. Сондықтан өлімнің шығу тегін осы негіздерге жіктеу өте заңды және дұрыс.

Биологиялық жіктеу өлімді табиғи немесе физиологиялық, табиғи емес немесе мезгілсіз деп бөледі. Физиологиялық өлім дененің қартаюына және нәрестенің физикалық немесе физиологиялық дамымауына байланысты болуы мүмкін. Мерзімінен бұрын өлім аурулардан, әртүрлі сыртқы әсерлерден, Медициналық және медициналық емес медициналық араласулардан, физикалық шамадан тыс жүктемелерден, аштықтан, шөлдеуден, сондай-ақ механикалық түрде оттегі ашығуынан болады.

Әлеуметтік-құқықтық жіктеу өлімді санаты, тегі және түрі бойынша бөлуді қарастырады. Санатқа байланысты өлім зорлық — зомбылықсыз және зорлық-зомбылықсыз, ал өлім түріне байланысты-кісі өлтіру, өзін-өзі өлтіру және жазатайым оқиға болып бөлінеді. Зорлық-зомбылық өлімге физикалық сыртқы әсерлер (механикалық, жылу, электр, акустикалық факторлар, атмосфералық қысымның өзгеруі, сәулелі энергияның әсері), сондай-ақ химиялық, биологиялық және психикалық әсер етуі мүмкін.

Өлімнің басталу жылдамдығына (өлу жылдамдығына) байланысты ол тез (өткір), бірден, кенеттен, белгісіз кезеңге және баяу (атональды) өлімге жіктеледі, баяу жүреді және ұзақтығы бірнеше сағаттан бір күнге дейін, кейде одан да көп болатын азаппен бірге жүреді.

II СОТ ПСИХИАТРИЯСЫНЫҢ ПӘНІ ЖӘНЕ НЕГІЗГІ БАҒЫТТАРЫ

Сот медицинасы-медициналық ғылымның азаматтық және қылмыстық практикада туындайтын мәселелерді тек медициналық білімнің көмегімен шешетін саласы.

Сот медицинасы Жалпы медицинадан бөлініп, медицинаның басқа салаларының (патологиялық анатомия, Хирургия, акушерия және т.б.) жетістіктерін, сондай-ақ бірқатар байланысты пәндерді (химия, физика, биология, криминалистика) қолдана отырып, өзінің ғылыми зерттеулерінің негізінде дамыды. Ол хирургия, травматология, гинекология, патологиялық физиология, терапия, токсикология, педиатрия, гигиена, вирусология, бактериология және т. б. сияқты барлық медициналық пәндермен, сондай — ақ медициналық емес ғылымдармен-ботаника, Биохимия, фармакология, баллистика, трассология, сот химиясы, қылмыстық және азаматтық құқық, қылмыстық және басқа да ғылымдармен тығыз байланысты. азаматтық процестермен. Ғылым мен техниканың соңғы жетістіктері сарапшылардың алдына қойылған мәселелерді шешу, сараптамалық дәлелдерді объективтеу үшін қолданылады.

Сот медицинасының даму жолдары сараптамалық тәжірибеде байқалған фактілерді ғылыми негіздеуді талап ететін дамып келе жатқан құқықтық тәжірибенің қажеттіліктері мен сұраныстарымен анықталды.

Сот-тергеу практикасында тек құқықтық білім негізінде шешілмейтін сұрақтар жиі туындайды. Ол үшін ғылымда, техникада, өнерде немесе қолөнерде арнайы білім қажет. Мұндай жағдайларда олар осы салаларда жақсы білетін сарапшылардан көмек сұрайды.

Дәрігердің қылмыстық немесе азаматтық істегі медициналық сипаттағы фактілерді зерттеу процесінде сот медицинасының деректерін нақты қолдануы, заңда белгіленген құқықтық нормалардың сақталуы және тергеу мен сот органдарына қорытынды беру сот-медициналық сараптама деп аталады. Сонымен, сот-медициналық сараптама-бұл Сот медицинасы тәжірибесі.

Сот медицинасының мәні медициналық білімді сот практикасында қолдану болып табылады, ол теориялық және клиникалық (емдік) медицинадан, сондай-ақ гигиенадан айтарлықтай ерекшеленеді.

XX ғасырдың ортасына дейін.отандық және шетелдік сот медицинасы оқулықтары мен нұсқаулықтарында оның негізгі бөлімдерін ұсынудың бірыңғай жүйесі болған жоқ. Әр автор тақырыпты ең маңызды, жетекші деп санайтын бөлімнен ұсынды. Бұл жағдай сот медицинасын зерттеу мен ассимиляциялауды едәуір қиындатты.

1948 жылы М. и. Авдеев Заңгерлерге арналған Сот медицинасы оқулығында КСРО - да алғаш рет "сот медицинасы курсына" (1959) одан әрі дамыған пәннің ғылыми негізделген жүйесін ұсынды. Пәннің дәйекті және нақты жүйесін құрудың сенімді негізі ғылымдағы объективті қалыптасқан заңдылықтарды көрсететін сот-медициналық практика болып табылады.

Сот психиатриясы-психиатрияның, медициналық ғылымның бір саласы, ол психикалық бұзылулардың клиникалық көріністерін, диагнозын, емін, болжамын құқықтық нормаларға, қылмыстық құқық пен процеске қатысты зерттейді, сонымен қатар психикалық ауытқулары бар науқастардың өмірін қалпына келтіру мәселелерін дамытады.

Сот психиатриясы бірнеше бағытты қамтиды:

1. Қылмыстық және азаматтық кодекстердегі сот-психиатриялық сараптама. Оның құзыретіне күдіктілерді, айыпталушыларды, сотталушыларды олардың есі кіресілі-шығасылы - есі кіресілі-шығасылы екенін бағалау бойынша куәландыру; психикалық бұзылушылыққа (қылмыстық процессте) байланысты дұрыс айғақтар беру мүмкіндігіне күмәнданған кезде жәбірленушілер мен куәларды куәландыру және әрекетке қабілетсіздігін, қорғаншылық белгілеу қажеттілігін (Азаматтық кодексте) анықтау мәселелері кіреді. Адамның жауаптылығы туралы мәселені шешу үшін сараптама жүргізу оның ақыл-есінің кемістігін болдырмайтын психикалық бұзылысы анықталған жағдайда, сарапшыға қатысты медициналық сипаттағы шаралар бойынша ұсынымдарды қамтиды.

2. Медициналық сипаттағы мәжбүрлеу шараларын жүзеге асыру. Мәжбүрлеп емдеуге орналастыру, оны тоқтату және науқасты шығару мәселелері Қылмыстық және қылмыстық іс жүргізу кодекстерінің тиісті баптарында регламенттелген.

3. Бас бостандығынан айыру орындарында сотталғандарға психиатриялық (пенитенциарлық) көмекті жүзеге асыру.

СОТ ПСИХИАТРИЯСЫНЫҢ МАҚСАТЫ МЕН МІНДЕТТЕРІ

Сот медицинасының негізгі міндеті — жеке адамға-адамның денсаулығы мен өміріне, сондай-ақ оның жыныстық тұтастығына қарсы қылмыстарды ашуда әділеттілікке көмектесу.

Сот медицинасының жоғары құқықтық білім беру жүйесіндегі және ішкі істер органдары үшін қызметкерлерді даярлаудағы маңызы өте зор, өйткені сот сарапшысының қорытындысы іс бойынша дәлелдердің көздерінің бірі болып табылады, тергеуші мен сот бағалауға жатады және олар үшін міндетті емес. Қорытындының сенімділігі мен дәлелді маңыздылығын бағалау үшін адвокат сот медицинасымен таныс болуы керек. Сот медицинасының негіздерін білу үшін ол сот-медициналық сараптаманың нақты мүмкіндіктері туралы түсінікке ие болуы керек, сондықтан оны өндіруді мамандарға сеніп, оларға дұрыс сұрақтар қою керек.

Сарапшы тергеушіге көмектесіп қана қоймай, сот медицинасымен таныс тергеуші өзінің білімін, мысалы, оқиға орны мен мәйітті тексеру кезінде қолданатынын есте ұстаған жөн. Ол іс бойынша материалдарды (айғақтар, қарап-тексеру хаттамалары, медициналық құжаттар, заттай дәлелдемелер) жинау, оларда сот-медициналық маңызы бар, сараптама тағайындау туралы қаулының белгілеу бөлігінде көрсетілетін бөлшектерді жария ету арқылы сараптама жүргізуді айтарлықтай жеңілдетеді.

Сот медицинасының негіздерін білу тергеушіге оқиға болған жерді білікті тексеруге, биологиялық шығу тегі туралы айғақтарды уақтылы анықтауға, алып тастауға және сараптамаға жіберуге, сарапшының рұқсатына қажетті мәселелерді дұрыс тұжырымдауға және логикалық тұрғыдан дұрыс қоюға, қайтыс болу себебі, оның басталу уақыты, зақымдану сипаты, жарақат алу құралының сипаттамалары және т. б. туралы сарапшының тұжырымдарын бағалауға мүмкіндік береді. Сот медицинасы саласындағы теориялық білім әрбір заңгерге, әсіресе тергеуші мен судьяға қажет.

СОТ ПСИХИАТРИЯСЫНЫҢ ӘДІСТЕРІ

Психиатриядағы негізгі зерттеу әдісі клиникалық-психопатологиялық болып қала береді-науқастың өмірінің ерекшеліктерін нақтылау және ауырсыну белгілерінің болуын немесе болмауын анықтау. Бұл деректерді ең алдымен сұрау, психиатрдың пациентпен сөйлесуі арқылы алуға болады.

Клиникалық зерттеу әдістері пациенттің өткен өмірін, оның субъективті тарихын талдауды қамтиды, ол сұрау арқылы бағаланады. Тұқымқуалаушылық, аналық жүктіліктің және босанудың ерекшеліктері, оның ерте дамуы және өткен аурулары, мектептегі үлгерімі, алған мамандығы, еңбек дағдылары мен қызметі туралы мәліметтер нақтыланады. Бас сүйек-ми жарақаттарына, психиатриялық мекемелерде емделуге ерекше көңіл бөлінеді. Сарапшының жағдайы мен мінез-құлқының ерекшеліктері қылмыстың алдында, уақытында және одан кейін, оның ішінде тергеу немесе сот кезінде нақтыланады.

Бұл деректер пациенттің туыстарының, достарының, әріптестерінің сөздерінен объективті анамнезбен толықтырылады.

Науқастың тарихын талдаудан және анамнестикалық ақпаратты жинаудан басқа, клиникалық әдістерге субэкспертті бақылау жатады.

Клиникалық-психопатологиялық зерттеу әдісі бірқатар арнайы әдістермен толықтырылады. Бұл ойлау, есте сақтау, эмоциялар, жеке қасиеттер, оның көзқарастарын объективті бағалауға мүмкіндік беретін психологиялық әдістер.

Сот-психиатриялық клиникада, әсіресе стационарда сараптама жүргізу жағдайында неврологиялық тексерудің, сондай-ақ басқа дәрігерлердің (терапевт, окулист, нейрохирург, эндокринолог) тексеруінің маңызы зор. Маман дәрігерлердің консультацияларында алынған ақпарат психиатрға диагнозды және, демек, сараптамалық шешімді дәлірек негіздеуге мүмкіндік береді.

Сараптама тәжірибесінде параклиникалық әдістер (электроэнцефалография, ми картасы) кеңінен қолданылады.

Миды өмірлік зерттеудің соңғы әдістері (компьютерлік томография және мидың ядролық-магниттік-резонанстық томографиясы) елде өте сирек қолданылады.

Стационарлық сараптама кезінде пациенттер барлық әдеттегі клиникалық-биохимиялық әдістермен (қан, зәр, жұлын сұйықтығын талдау және т.б.) тексеріледі.

Клиникалық-психопатологиялық және бірқатар қосымша әдістер кешені диагностика мәселелерін шешуге және сараптамалық қорытындыны негіздеуге мүмкіндік береді.

ПСИХИКАЛЫҚ АУРУЛАР ТУРАЛЫ ТҮСІНІК

Қазақстан Республикасы ҚК-нің 16-бабында есі кіресілі-шығасылы деген ұғым бар.

16 бап. "Есі дұрыс еместік"

1. Қоғамға қауіпті іс-әрекет жасаған кезде есі кіресілі-шығасылы күйде болған, яғни өзінің іс-әрекетінің (әрекетсіздігінің) іс жүзіндегі сипаты мен қоғамдық қауіптілігін ұғына алмаған не созылмалы психикасының бұзылуы, уақытша психикасының бұзылуы, ақыл-есінің кемдігі не психикасының өзге де сырқатты жай-күйі салдарынан оған ие бола алмаған адам қылмыстық жауаптылыққа жатпайды.

2. Қылмыстық заңда көзделген ақыл-есі дұрыс емес жағдайда қоғамға қауіпті іс-әрекетті жасаған адамға сот осы Кодексте көзделген медициналық сипаттағы мәжбүрлеу шараларын тағайындауы мүмкін.

Ақылсыздық формуласында екі критерий бар – медициналық (биологиялық) және заңды (психологиялық), олар бірлікте әрекет етеді және әлеуметтік қауіпті әрекетті жасаған адамның ақылсыздығын анықтайды.

Медициналық (биологиялық) критерий төрт белгіден тұрады:

- созылмалы психикалық бұзылыста;
- уақытша психикалық бұзылулар; - деменция;
- психиканың басқа ауыр жағдайы.

"Созылмалы психикалық бұзылыс" ұғымы ұзақ уақытқа созылатын, прогрессивті, яғни психикалық бұзылулардың біртіндеп өсуі мен күрделенуіне бейім психикалық ауруларды біріктіреді. Медициналық критерийдің осы белгісімен біріктірілген ауруларға шизофрения, эпилепсия, прогрессивті паралич, Көрілік психоз және т. б. жатады.

"Уақытша психикалық бұзылыс".

Медициналық критерий әртүрлі ұзақтығы бар және қалпына келтірумен аяқталатын психикалық аурулармен ұсынылған.

Бұған кейбір алкогольдік психоздар жатады, мысалы, делирий безгегі, патологиялық мас болу, басқа да қысқа мерзімді, кейде кенеттен пайда болатын, психикалық белсенділіктің ауырсыну бұзылыстары (висцеральды-вегетативті көріністері бар сана мен мотор белсенділігінің лезде бұзылуы), олар көлік апаттары мен соқтығысулар кезінде сот-психиатриялық сараптаманың объектісі болуы мүмкін.

Психикалық белсенділіктің уақытша бұзылыстарының негізгі критерийлері ұзақтығын емес, олардың толық қайтымдылығын қарастыру керек.

Медициналық критерийдің "деменция" ұғымы туа біткен және сатып алынған табиғаттың зияткерлік функциясының бұзылуымен жүретін барлық психикалық ауруларға жатады.

"Басқа ауыр жағдайлар" психикалық ауру емес, бірақ психикалық қызметтің белгілі бір бұзылыстарымен сипатталатын жағдайларды қамтиды: психопатия (өмір бойы адамдарға тән жеке ауытқулар) және т. б.

Осылайша, сот-психиатриялық сараптама жүргізу кезінде ақылсыздықтың медициналық критерийін қолдану психикалық ауруды тану және оның психикалық формасын, ағымының ерекшеліктерін анықтау, яғни диагноз қою болып табылады.

Бірақ ақыл-ой немесе ақыл-ой мәселесін шешу үшін бір медициналық Өлшем жеткіліксіз. Ол үшін айыпталған әрекет жасалған кезде болған психикалық аурудың ауырлығын анықтау қажет.

Ақылсыздықтың заңдық (психологиялық) өлшемі "өз іс-әрекетінің (әрекетсіздігінің) іс жүзіндегі сипаты мен қоғамға қауіптілігін ұғыну не оларға ие болу" мүмкін еместігі ретінде тұжырымдалады.

Ақылсыздықтың заңды критерийі екі белгіден тұрады: зияткерлік (өз әрекеттерінің (әрекетсіздігінің) нақты сипаты мен әлеуметтік қауіптілігін түсіне алмау және ерікті (оларды басқара алмау), бұл Сарапшы анықтаған психикалық бұзылулардың толық, жан-жақты сипаттамасын береді.

Критерийдің бірінші жартысы сарапшының сыни қабілеттерін, жағдайды және өзінің мінез-құлқын барабар бағалау мүмкіндігін талдауды талап етеді. Егер субъект өзінің іс-әрекетін түсіну мүмкін болмаса, оларды басқара алмаса, зияткерлік критерий ерік-жігермен сәйкес келеді. Бұл белгінің болуы олардың іс-әрекеттерін басқару қабілетін бұзады және ақылсыздық туралы шешім қабылдауға әкеледі.

Іс жүзінде адамның жағдайды бағалаудың ресми қабілеті сақталған жағдайлар бар, бірақ ол төмендейді, кейде әрекеттен аулақ болу қабілеті жоғалады – олардың іс-әрекеттерін басқару қабілеті бұзылады. Құқықтық Критерийлерде ерікті белгі басым болады. Көбінесе бұл психопатияда көрінеді. Мұндай жағдайларда бұл белгі жетекші болады, ал интеллектуалды бағыныңқы компоненттің рөлін алады.

Демек, әртүрлі ауруларда заңды критерийдің жеке компоненттерінің барлық комбинациясы, олардың белгілі бір өзара әрекеттесуі және өзара әсері болуы мүмкін.

Адамды психологиялық критерий тұрғысынан ақылсыз деп тану үшін оның белгілерінің бірі жеткілікті.

Норма мен патология арасындағы шекара тұрақты емес. Олар динамикалық, мобильді. Психикалық аурудың бірдей түрі қазіргі кездегі психикалық өзгерістердің дәрежесі мен тереңдігіне байланысты әртүрлі сот-психиатриялық тұжырымдарды тудыруы мүмкін.

Сондықтан адамның ақыл-есі немесе ақыл-есі кемдігі туралы мәселе белгілі бір заңсыз әрекетке қатысты шешіледі және оны жасау сәтіне ғана қатысты болады.

Сараптамалық диагностика және сараптамалық шешім процесінде негізгі қорытынды кезең ақылсыздық формуласын анықтайтын медициналық және құқықтық критерийлерді салыстыру болып табылады.

Ақылсыздықтың міндетті шарты-Медициналық және құқықтық критерийлердің сәйкестігі.

ПСИХИКАЛЫҚ БҰЗЫЛУЛАРДЫҢ НЕГІЗГІ БЕЛГІЛЕРІ МЕН СИНДРОМДАРЫ

Қолданыстағы қылмыстық заңнама ауруға байланысты есі дұрыс емес жағдайда заңсыз әрекеттер жасаған адамдар қылмыскер емес және жазалануға жатпайтынын анықтайды.

Психикалық науқастың қауіптілігі деп психопатологиялық көріністер дұрыс емес, орынсыз мінез-құлықты тудыратын, нәтижесінде басқаларға немесе науқастың өзіне физикалық немесе мүліктік зиян келтіруі мүмкін психикалық жағдай түсініледі. Егер бұл залал келтірілген болса, біз әлеуметтік қауіпті әрекет туралы айтып отырмыз (егер оның мазмұны ҚК-нің осы немесе басқа бабына сәйкес келсе).

Психикалық бұзылулардағы қауіп-бұл уақытша жағдай. Белгілі бір жағдайларда психиканың бұзылуы қауіпті мінез-құлықты тудыруы мүмкін.

Психопатологиялық симптомдардың психикалық науқастардың қауіпті әрекеттерімен байланысы туралы сұрақтар психиатрлар мен заңгерлерді бірдей қызықтыруы керек. Бұл қауіпті әрекеттердің патологиялық механизмдерін түсіну, Осы науқастардың қауіптілік дәрежесін анықтау, яғни қауіпті әрекеттердің алдын-алу үшін қажет.

Қандай ауыр психикалық бұзылулар көбінесе қауіпті әрекеттермен байланысты?

Мысал ретінде сөйлеу және қозғалтқыш күйлерін атауға болады- олардың қауіпті немесе олардың денесіне зиянды әсер ету туралы жалған идеялары (қудалау мен физикалық әсер етудің алдамшы идеялары).

Кейде пациенттер қауіпті әрекеттерді бұйрық, есту галлюцинациясының әсерінен жасайды, егер" дауыстар "оларға қауіпті болуы мүмкін әрекетті" орындауға "бұйырса".

Кейбір сирек жағдайларда, психикалық науқастар кенеттен ешқандай сыртқы себептерден туындамайтын қауіпті әрекеттерді жасайды, мысалы, шабуыл немесе өртеу, олар өздері түсіндіре алмайды (импульсивті әрекеттер деп аталады).

Әлеуметтік қауіпті мінез-құлық пациенттердің деменциясымен байланысты болуы мүмкін, соның салдарынан олар жасаған әрекеттерінің қауіптілігін түсіне алмайды.

Сондықтан науқас, терең туа біткен деменциямен ол шөп шабуды өртеді, өйткені ол "ол қалай күйіп кететінін"көргісі келді.

Мұндай науқастар болжамның жоғарылауымен сипатталады, нәтижесінде олар психикалық сау қылмыскерлердің қолында құрал бола алады.

Жоғарыда көрсетілген бұлыңғыр синдромдарды көрсету керек. Егер олар қозғалтқыштың қозуымен, қорқыныштың әсерімен, агрессивті әрекеттермен бірге жүрсе, пациенттер басқаларға ауыр шабуыл жасай алады.

Науқастардың қауіпті әрекеттерді жасауына ықпал ететін жағдайлардың арасында алкогольдік масаңдық орын алады. Мас күйінде болған науқастарда алдау, галлюцинация және басқа да ауыр құбылыстар күшейеді, басқаларға қатысты қозғалыс қозуы мен агрессия пайда болады.

Науқастың өзіне тән әлеуметтік-психологиялық көзқарастары бар жеке ерекшеліктері белгілі бір мәнге ие. Ауруға дейін белгіленген қоғамға қарсы мінез-құлқы көбінесе ремиссия кезеңінде пайда болады, бұл қайталанатын қауіпті әрекеттерді жасауға әкеледі.

Кейбір жағдайларда қауіпті әрекеттер нақты тұрмыстық себептермен жасалуы мүмкін. Бұл олардың жақын ортасының науқастарына қоғамға қарсы әсер етуімен байланысты.

Көбінесе ауыр зардаптарға әкелетін қауіпті әрекеттерді жасауға ықпал ететін жағдайлар: психикалық науқастарды психиатриялық ауруханаға уақтылы орналастырмау және олардың ауруханадан мерзімінен бұрын шығарылуы, көптеген науқастар өздерінің ауыр жағдайларын тарату (жасыру) арқылы іздейді. Кейде олардың туыстары бұған ықпал етеді, босатуға тырысады немесе науқасты өз бастамасы бойынша шығаруды талап етеді.

Аурудың ауырлығын түсінбегендіктен, науқастың сыртқы реттелген мінез-құлқынан кейін оның туыстары мен достары психикалық бұзылуларды көрмейді, ал дұрыс емес мінез-құлқы мінездің эксцентриктілігі мен оғаштығы ретінде түсіндіріледі. Жеткіліксіз емдеу нәтижесінде науқастың ауруханадан шығуы нашарлайды, ал туыстары науқастың шабуылының құрбаны болады.

Мысалы, сыналатын гр. Шизофрениядан зардап шеккен ж.әйелі дәрігерлердің кеңесіне қайшы, өте тұрақсыз жақсару жағдайында, әлі күнге дейін түсініксіз әсер ету идеяларымен және есту галлюцинацияларымен Мұқият жасырған әйелінің талабы бойынша шығарылды. Бір жарым айдан кейін ол әйелін алдамшы себептермен өлтірді ("оған радио магниттік сәуле арқылы әрекет еткендермен бірге болды").

"Қылмыс", агрессивті және аутоагрессивті әрекеттерді жасауға бейімділік психикалық науқастарда тұрақты емес және аурудың ағымына және емдеу тиімділігіне байланысты күшейе немесе әлсірей алатындығын есте ұстаған жөн.

Ауру процесінің даму түрі, аурудың өткір, тез немесе баяу, біртіндеп басталуы, оның кейінгі динамикасы пациенттердің әртүрлі мінез-құлқын және сәйкесінше олар жасаған қауіпті әрекеттердің әртүрлі сипатын анықтайды.

Медициналық шаралар, оның ішінде мәжбүрлеп емдеу әрдайым психикалық науқастың әлеуметтік қауіптілігі негізінде тағайындалады. Науқастың әлеуметтік қауіптілігін бағалау-бұл әлеуметтік қауіпті әрекеттерді, заңсыз әрекеттерді жасау кезіндегі психикалық жағдайды, сот-психиатриялық сараптама кезеңіндегі субъектінің жағдайын бағалау, бұл әлеуметтік қауіпті әрекеттерді қайталау мүмкіндігін, науқастың мінез-құлқына әлеуметтік жағдайлардың әсерін бағалау.

ПСИХИКАСЫНЫҢ БҰЗЫЛУЫ БАР АДАМДАРҒА ҚАТЫСТЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ СИПАТТАҒЫ ШАРАЛАР

Медициналық сипаттағы шаралар қылмыстық заңда көзделген құқыққа қарсы әрекеттерді ауыр жағдайда жасаған және есі кіресілі-шығасылы деп танылған адамдарға ғана қолданылады.

Науқасқа қатысты медициналық шараларды таңдаудың негізгі критерийі оның әлеуметтік қауіптілігі болып табылады.

Заң медициналық сипаттағы мәжбүрлеу және қабылдамау шараларын қарастырады.

Медициналық сипаттағы мәжбүрлеу шаралары психикалық науқасқа оның келісімінсіз немесе оның заңды өкілдерінің келісімінсіз қолданылатын медициналық шаралардың бір түрі болып табылады.

Олар ҚР ҚК, ҚПК белгілеген негіздер мен тәртіп бойынша сот шешімімен ғана қолданылады.

54-тарау медициналық сипаттағы мәжбүрлеу шараларын қолдану тәртібін реттейді.

Медициналық сипаттағы мәжбүрлеу шараларының заңды сипаты-бұл шараларды психикасының бұзылуынан зардап шеккен адамдарға сот тағайындайды және олардың орындалуы мемлекеттік мәжбүрлеу күшімен қамтамасыз етіледі. Адамның қоғамға қауіпті іс-әрекеттер жасауы көрсетілген шараларды қолдануға негіз болып табылады.

ҚР ҚІЖК-нің 509-бабы медициналық сипаттағы мәжбүрлеу шараларын қолдану бойынша іс жүргізу үшін негіздерді регламенттейді.

1. Қазақстан Республикасы Қылмыстық кодексінің 93-бабында көрсетілген медициналық сипаттағы мәжбүрлеу шараларын қолдану бойынша іс жүргізу қылмыстық заңда тыйым салынған іс-әрекетті есі кіресілі-шығасылы күйде жасаған немесе қылмыстық заңда тыйым салынған іс-әрекетті жасағаннан кейін жаза тағайындау немесе орындау мүмкін болмайтын психикасы бұзылумен ауырған адамдарға қатысты істер бойынша жүзеге асырылады.

2. Медициналық сипаттағы мәжбүрлеу шаралары ауыр психикалық бұзылулар өзіне немесе басқа адамдарға қауіп төндірумен не өзге де елеулі зиян келтіру мүмкіндігімен байланысты болған жағдайда ғана тағайындалады.

3. Медициналық сипаттағы мәжбүрлеу шараларын қолдану туралы істер бойынша іс жүргізу ҚР ҚІЖК-нің жалпы қағидаларымен айқындалады. ҚР ҚІЖК 513-бабында көзделген негіздер болған кезде амбулаториялық мәжбүрлеп қадағалау және психиатрда емдеу тағайындалуы мүмкін.

Алдын ала тергеу міндетті түрде жүргізілгеннен және сараптама жүргізілгеннен кейін тергеуші істі аяқтайды және оны медициналық сипаттағы мәжбүрлеу шараларын қолдану үшін прокурор арқылы сотқа жібереді. Прокурордың, қорғаушының, куәлардың және жәбірленушілердің қатысуымен болған сот отырысында қылмыстық заңда көзделген қоғамға қауіпті іс-әрекет орын алғаны, оны іс қаралып жатқан адам есі кіресілі-шығасылы күйде жасағаны немесе адам қылмыс жасалғаннан кейін өзінің іс-әрекетінің

(әрекетсіздігінің) іс жүзіндегі сипатын ұғыну не қылмыстық іске басшылық жасау мүмкіндігінен айыратын жан ауруымен ауырғаны анықталады. олар.

Сот-психиатриялық сараптама комиссиясының ұсынымдарын ескере отырып, сот медициналық сипаттағы нақты мәжбүрлеу шарасын қолдану туралы ұйғарым шығарады.

Медициналық сипаттағы мәжбүрлеу шарасын тағайындай отырып, сот өзінің анықтамасында емдеу түрін (жалпы немесе мамандандырылған психиатриялық ауруханада) көрсетеді. Егер мәжбүрлеп емдеу жалпы үлгідегі психиатриялық ауруханада тағайындалса, онда науқас қамаудан босатылады және тұрғылықты жері бойынша ауруханаға түседі. Белгілі бір аурухананы таңдауды Денсаулық сақтау органдары жүзеге асырады, өйткені барлық психиатриялық ауруханалар мәжбүрлеп емдеуге құқылы.

Науқас ауруханаға мәжбүрлеп емдеуге түскен кезде медициналық сипаттағы тиісті шараны тағайындау туралы сот ұйғарымының көшірмесі және науқастың сот-психиатриялық сараптамасы актісінің көшірмесі жіберіледі. Науқасты бір емдеу мекемесінен екіншісіне ауыстыру бұл туралы мәжбүрлеп емдеуді тағайындаған сотқа хабарлана отырып, денсаулық сақтау органдарының өкімі бойынша жүзеге асырылады.

Жалпы типтегі ауруханада мәжбүрлеп емдеу келесі науқастарға тағайындалады: тұрақты, түзетілмейтін алдамшы идеялар мен галлюцинациялары бар шизофрения; эпилепсия; орталық жүйке жүйесінің органикалық зақымдануы; психикалық ауытқулары бар церебральды атеросклероз және әлеуметтік қауіпті әрекеттерді бірінші рет жасаған басқа психикалық бұзылулар, егер олардың жағдайы қоғам үшін қауіпті деп саналса.

Мамандандырылған психиатриялық ауруханаларда мәжбүрлеп емдеу қоғамға жоғары қауіп төндіретін науқастарға тағайындалады, яғни әлеуметтік көрсеткіш, ең алдымен, жасалған әлеуметтік қауіпті әрекеттің ауырлығы (өмір мен денсаулыққа қол сұғушылық, жыныстық қылмыстар) болып табылады.

Әрі қарай, бұл қайталанатын және бірнеше рет әлеуметтік қауіпті әрекеттерді жасаған науқастарға қатысты. Кейде ауыр қылмыстық талдау және эпилепсиямен ауыратын науқастарды жалпы ауруханаларда ұстау қиындықтары жиі ымырт жағдайлары және жеке басының өзгеруі, әсіресе алкоголь интоксикациясы, алкоголь параноидтары (әсіресе қызғаныш делирийі) және басқалар.

Науқастарды заманауи медициналық құралдармен емдейді, еңбекке қабілеттілігін қалпына келтіруге, науқастарды емделуден тыс өмір жағдайларына бейімдеуге көп көңіл бөлінеді, қоғамға қарсы қондырғыларды қалпына келтіру және түзету бойынша іс-шаралар қолданылады (мысалы, алкогольге қарсы терапия курсы жүргізу).

Есі кіресілі-шығасылы адамдарды мәжбүрлеп емдеудің мақсаты олардың қауіптілігі төмендейтін немесе жойылатын психикалық жай-күйінің өзгеруі болып табылады. Егер денсаулық жағдайында күтілетін өзгерістер байқалса, науқасты психиатр-дәрігерлер комиссиясының куәландыруы негізінде аурухана әкімшілігі мәжбүрлеп емдеуді тоқтату туралы ұсыныс енгізеді. Сот аурухананың өтінішін қарап, мәжбүрлеп емдеуді тоқтату туралы мәселені

шешеді немесе дәрігерлер комиссиясының қорытындысымен келіспеген жағдайда емдеуді ұзартады.

Мәжбүрлеп емдеудің ұзақтығы науқастың психикалық жай-күйімен, ауру ағымының ерекшеліктерімен айқындалады. Сондықтан сот мәжбүрлеп емдеу мерзімдерін белгілемейді.

Мәжбүрлеп емдеудің қысқа мерзімі кезінде науқас сот-психиатриялық сараптамаға түскен сәттен бастап ақылы еңбекке жарамсыздық парағын алуға құқылы.

Адамдар психиатриялық стационарда болған бүкіл кезеңінде еңбекке жарамсыз деп танылады және Мемлекеттік әлеуметтік сақтандыру бойынша жәрдемақылар мен жалпы негіздерде зейнетақы алуға құқығы бар.

Барлық жағдайларда (еңбекке жарамсыздық парағы бар науқастардан басқа) адамға мүгедектіктің II немесе I тобы айқындалуға тиіс.

Мәжбүрлеп емдеудегі науқастарды қайта куәландыруды психиатриялық аурухананың дәрігерлерінен құрылған дәрігерлік комиссиялар кемінде 6 айдан кейін жүзеге асырады. Комиссия құрамына міндетті түрде науқастың емдеуші дәрігері кіреді.

Клиникалық және әлеуметтік болжамдарды қамтитын мәжбүрлеп емдеуді тоқтату туралы мәселе күрделі және жауапты болып қала береді.

Мәжбүрлеп емдеу қағидаты науқастардың мерзімінен бұрын шығарылуына жол бермеуді талап етеді.

Мәжбүрлеп емдеуді тоқтатудың көрсеткіші психикалық бұзылуларға байланысты науқастың қоғамдық қауіптілігін жою болып табылады. Бұл айығу науқастың тұрақты жақсарту психикалық жай-күйін ескеретін, оларды жою туралы, қоғамның қауіпсіздігіне және өзін-өзі (артуы вялости, енжарлық, угасание бредовых идеялар).

Жақсартудың тұрақтылығына және әлеуметтік қауіпті әрекетке байланысты психопатологиялық белгілердің кері дамуына көз жеткізу керек. Жақсарудың барлық жағдайларында науқаста өзінің ауыр жағдайына және мінсіз іс-әрекетіне, реттелген мінез-құлқына, оңалту бағдарламасына белсенді қатысуына сыни көзқарастың пайда болуына көз жеткізу қажет.

Осылайша, мәжбүрлеп емдеуді тоқтатудың маңызды көрсеткіші аурудың одан әрі дамуын болжау болып табылады.

Комиссияның барлық мүшелерінің мәжбүрлеп емдеуді тоқтату немесе медициналық сипаттағы шараны өзгерту мүмкіндігі туралы бірыңғай пікірі болған кезде тиісті қорытынды сотқа жіберіледі. Қорытындыда науқастың жай-күйінде болған өзгерістер көрсетілуге, науқасқа қолданылатын одан арғы медициналық іс-шаралар туралы ұсынымдар айтылуға тиіс. Науқасты шығару кезінде сот шешімі бойынша міндетті түрде адамның еңбек бағдары немесе оны зейнетақымен қамсыздандыру мәселелері, тұрғын үй, қамқоршылық және т. б. мәселелер реттелуге тиіс.

Пайдаланылған әдебиеттер тізімі:

1. Қазақстан Республикасының Конституциясы 30.08.1995 ж., өзгерістер мен толықтырулармен.
2. Қазақстан Республикасының қылмыстық іс жүргізу кодексі 04.07.2014 ж., өзгерістер мен толықтырулармен.
3. Қазақстан Республикасының Қылмыстық кодексі, 03.07.2014 ж., 09.01.2018 ж. өзгерістер мен толықтыруларымен
4. Сот медицинасы. В. Н. Волков. А. В. Датий. ред. проф. а. ф. Волынский, М., ЮНИТИ 2002 ж.
5. Сот медицинасы. Оқулық. \ астында. ред. в. В. Томилин, М. НОРМА.2001ж.
6. Сот медицинасы мен психиатрия негіздері.оқулық. Н. Н. Величко, М.: Норма, 2001 ж.
7. Шадрин с. Ф., Гирько С. и., Николаев в. Н. және басқа Сот медицинасы. Жалпы және Ерекше бөлімдер: университеттерге арналған оқулық, М.: Эксмо, 2005.
8. Пиголкин Ю. И. Судебная медицина. Оқулық, М.: Медицина, 2003.
9. Величко Н. Н. Сот медицинасы мен сот психиатриясының негіздері. Оқулық. – М.: Ресей ІІМ ЦИиНМОКП, 2000.
10. Хохлов, в. В. Сот медицинасы. Басшылық. Смоленск, 2003 ж.
11. Кустов а. м. қылмыстарды тергеудегі Сот медицинасы: дәрістер курсы. Оқу-әдістемелік құрал. М.: Моск баспасы. психологиялық-әлеуметтік. инта, 2002.
12. Акопов В. И. сұрақтар мен жауаптардағы Сот медицинасы: заңгерлер мен дәрігерлерге арналған практикалық нұсқаулық. Ростов н / ж: Финикс, 2004.
13. Крюков В. Н. Сот медицинасы: заңды тұлғаға арналған оқулық. ЖОО. М.: Норма, 2004.
14. Гурочкин Ю. Д. Сот медицинасы: дәрістер курсы. М.: құқық және Заң, 2003.
15. Ардашкин а.п., Недугов г. в. жемістер мен жаңа туған нәрестелердің мәйіттерін сот-медициналық сараптау (сараптамалық-құқықтық сипаттама, гистологиялық диагностика). Самара: ООО "Офорт", 2006.

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ.....	4
I ПРЕДМЕТ, СОДЕРЖАНИЕ И ЗАДАЧИ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ.....	5
ИСТОРИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РАЗВИТИЯ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ В ЕВРОПЕ И АЗИИ	7
ПРЕДМЕТ, ОБЪЕКТЫ И ЗАДАЧИ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ.....	12
МЕТОДЫ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ.....	14
ОСНОВАНИЯ, ПОРЯДОК НАЗНАЧЕНИЯ И ПРОВЕДЕНИЯ СУДЕБНО- МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ЖИВЫХ ЛИЦ	15
УМИРАНИЕ И СМЕРТЬ.....	20
КЛАССИФИКАЦИЯ СМЕРТИ	23
II ПРЕДМЕТ И ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ.....	24
ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ	26
МЕТОДЫ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ	27
ПОНЯТИЕ О ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ	28
ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ И СИНДРОМЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	31
МЕРЫ МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА В ОТНОШЕНИИ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	34
Список используемой литературы:	37

МАЗМҰНЫ

АЛҒЫСӨЗ	38
ЕУРОПА МЕН АЗИЯДАҒЫ СОТ МЕДИЦИНАСЫНЫҢ ПАЙДА БОЛУ ЖӘНЕ ДАМУ ТАРИХЫ	40
I СОТ МЕДИЦИНАСЫНЫҢ ПӘНІ, ОБЪЕКТІЛЕРІ ЖӘНЕ МІНДЕТТЕРІ	45
СОТ МЕДИЦИНАСЫ ӘДІСТЕРІ	47
ТІРІ АДАМДАРҒА СОТ-МЕДИЦИНАЛЫҚ САРАПТАМА ТАҒАЙЫНДАУ ЖӘНЕ ЖҮРГІЗУ НЕГІЗДЕРІ, ТӘРТІБІ.....	48
ӨЛУ ЖӘНЕ ӨЛІМ	53
ӨЛІМНІҢ ЖІКТЕЛУІ	55
II СОТ ПСИХИАТРИЯСЫНЫҢ ПӘНІ ЖӘНЕ НЕГІЗГІ БАҒЫТТАРЫ ..	56
СОТ ПСИХИАТРИЯСЫНЫҢ МАҚСАТЫ МЕН МІНДЕТТЕРІ	58
СОТ ПСИХИАТРИЯСЫНЫҢ ӘДІСТЕРІ	59
ПСИХИКАЛЫҚ АУРУЛАР ТУРАЛЫ ТҮСІНІК.....	60
ПСИХИКАЛЫҚ БҰЗЫЛУЛАРДЫҢ НЕГІЗГІ БЕЛГІЛЕРІ МЕН СИНДРОМДАРЫ.....	62
ПСИХИКАСЫНЫҢ БҰЗЫЛУЫ БАР АДАМДАРҒА ҚАТЫСТЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ СИПАТТАҒЫ ШАРАЛАР	64
Пайдаланылған әдебиеттер тізімі:	67