

Документ подписан простой электронной подписью

Информация о владельце:

ФИО: Шебзухова Татьяна Александровна

Должность: Директор Пятигорского института (филиал) Северо-Кавказского
федерального университета

Дата подписания: 27.05.2025 17:33:26

Уникальный программный ключ:

d74ce93cd40e39275c3ba2f58486412a1c8ef96f

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования
«СЕВЕРО-КАВКАЗСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Пятигорский институт (филиал) СКФУ
Колледж Пятигорского института (филиал) СКФУ

УТВЕРЖДАЮ

Директор Пятигорского института

(филиал) СКФУ

Т.А. Шебзухова

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ

ОП.10 СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА

Специальность СПО: 40.02.04 Юриспруденция

Квалификация: Юрист

Пятигорск 2025 г.

Методические указания для практических занятий по дисциплине «Судебная медицина» составлены в соответствии с требованиями ФГОС СПО по подготовке выпускника для получения квалификации «Юрист». Предназначены для студентов, обучающихся по специальности 40.02.04 Юриспруденция.

Пояснительная записка

Данные методические указания предназначены для закрепления теоретических знаний и приобретения необходимых практических навыков и умений по программе дисциплины «Судебная медицина» для специальности СПО 40.02.04 Юриспруденция.

Целями проведения практических занятий являются:

– обобщение, систематизацию, углубление, закрепление полученных теоретических знаний;

– формирование умений применять полученные знания на практике, реализацию единства интеллектуальной и практической деятельности.

В результате освоения дисциплины обучающийся должен уметь:

- умение правильно выявлять и эффективно искать информацию, необходимую для решения задачи и/или проблемы;
- владение навыком определения необходимых источников информации;
- владение навыками организации работы коллектива или команды;
- умение грамотно, четко и логично излагать свои мысли в устной и письменной форме;
- соблюдение стандартов антикоррупционного поведения;
- понимание общего смысла и содержания профессиональных документов;
- анализировать, толковать и правильно применять правовые нормы;
- анализировать юридические факты и возникающие в связи с ними правоотношения; разграничивать правовые нормы и правоотношения в зависимости от отраслей права;
- применять современные информационные технологии для поиска и обработки правовой информации и оформления юридических документов.

В результате освоения дисциплины обучающийся должен знать:

- порядок оценки результатов решения задач профессиональной деятельности;
- номенклатура информационных источников, применяемых в профессиональной деятельности;
- психологические основы деятельности коллектива, психологические особенности личности;
- правила оформления документов
- и построения устных сообщений;
- способы выявления коррупционного поведения, в том числе в служебном коллективе, давать оценку и пресекать коррупционное поведение;
- основы анализа правоприменительной и правоохранительной практики, научной информации;
- сущность, содержание основных понятий, категорий, конструкций, институтов законодательства;
- формы защиты прав граждан и юридических лиц;
- правила составления юридических документов.

4 семестр

Раздел 1. Судебная медицина

Практическая работа № 1. Тема 1.1. Судебная медицина как наука. Правовые и организационные основы судебно-медицинской деятельности

1. Процессуальный порядок назначения судебно-медицинской экспертизы
2. Принципы оформления постановления о назначении судебно-медицинской экспертизы
3. Процессуальные виды судебно-медицинских экспертиз
4. Права и обязанности судебно-медицинского эксперта

Цель – углубить и закрепить теоретические знания, полученные на лекции и в процессе самостоятельной работы, привить навыки устного изложения материала.
Теоретическая часть:

Судебная медицина — отрасль медицины, изучающая и разрабатывающая медико-биологические проблемы, возникающие в правоохранительной деятельности, а также сходные с ними проблемы здравоохранения.

Опыт показывает, что в процессе реализации правовых норм перед правоохранительными органами возникают вопросы, решить которые можно только путем использования специальных медицинских познаний. Примером может служить вопрос «какова причина смерти?» и многие ему подобные.

В других ситуациях задачу, возникшую в ходе расследования, можно решать разными средствами, одно из них — специальные медицинские исследования. Например, в случаях, когда необходимо узнать, был ли интересующий следствие человек в конкретном помещении, можно воспользоваться оперативно-следственными приемами и методами, можно применить возможности криминалистической техники, но можно воспользоваться и чисто медицинскими средствами — провести идентификационное исследование объектов биологического происхождения.

И в первом, и во втором случаях правоохранительные проблемы решаются судебной медициной путем использования познаний медико-биологического характера, накопленных соответствующими науками. Образно выражаясь, судебную медицину можно назвать посредником между нравом и огромными объемами информации медико-биологического плана, накопленными в недрах соответствующих наук. Конечно же, судебная медицина не просто посредник, а самостоятельная наука, исследующая законы живой природы, и в первую очередь такие из них, которые имеют отношение к человеку и проявляются в сфере правоохранительной деятельности.

Одной из значимых функций правоохранительной системы является *функция выявления преступлений*. Этим обусловлена обязанность органов дознания проводить комплекс проверочных мероприятий при обнаружении трупа человека. Действия в таких случаях направлены на исключение возможности насильственной смерти, для чего и проводится судебно-медицинское исследование трупа. Врач, исследующий труп, как правило, приходит к одному из двух выводов: первый — смерть человека наступила от внешнего фактора, т.е. она насильственная; второй — смерть ненасильственная и наступила от болезни или старости.

Первый вариант вывода — пусковой механизм для активной деятельности правоохранительной системы, а именно той ее части, которая занимается раскрытием и расследованием преступлений. Второй — информация для органов здравоохранения о фактах и причинах скоропостижной смерти. На основании анализа этой информации органы здравоохранения принимают меры лечебно-профилактической и санитарно-гигиенической направленности. Путем выполнения этой и подобной работы судебная медицина служит интересам правосудия и здравоохранения, о чем и сказано в определении, данном в начале этой главы.

Судебная медицина тесно связана со многими науками. Она использует их достижения и делится с ними своими результатами, это позволяет ей полноценно выполнять свои функции.

Первой группой наук, граничащих с судебной медициной, несомненно, являются науки естественные. Биология, анатомия, физиология, гистология, патологическая анатомия, патологическая физиология, биохимия и другие снабжают судебную медицину знаниями фундаментальных законов функционирования организма человека. Лечебные дисциплины, такие как хирургия, терапия, акушерство, гинекология, офтальмология и им подобные, представляют собой источник информации о различных заболеваниях, которые могут привести человека к расстройству здоровья или к смерти. Физика и химия (их отрасли) дают знания о законах, лежащих в основе биологических процессов, и универсальные методы исследования.

Как показывает опыт, для юристов необходимо подчеркнуть взаимосвязь и различия судебной медицины и патологической анатомии, так как часто они эти дисциплины не дифференцируют. Действительно, эти два вида медицинской деятельности внешне похожи, да и исторически они развивались как одна наука. В некоторых зарубежных странах и сейчас они составляют единое целое. Но в нашей стране примерно с конца прошлого века между патологической анатомией и судебной медициной определены достаточно четкие границы. Патолого-анатомическое исследование трупа проводится, как правило, в случаях смерти больных в лечебных учреждениях при установленном диагнозе в целях уточнения механизмов протекания заболевания и определения адекватности проведенного лечения. Если у человека, умершего в больнице, в качестве причины заболевания и смерти выступал внешний фактор — травма, отравление и т.п., то исследование трупа должен проводить не патологоанатом, а судебный медик. Кроме того, часто должности патологоанатома и судебного медика в районах занимает один и тот же врач, а морг в таких больницах один для всех трупов. Все это вместе взятое приводит к непониманию различий этих видов медицинской деятельности. Отличия судебно-медицинских исследований от патолого-анатомических станут понятны после ознакомления с последующими разделами учебника. Но, отделив эти науки друг от друга, необходимо отдать должное тому, что патологическая анатомия принесла в судебную медицину очень много полезных знаний, которые используются при решении различных судебно-медицинских вопросов. Фактически судебный медик, исследующий труп человека на предмет установления причины смерти, должен обладать познаниями патологоанатома плюс знаниями в области судебно-медицинской травматологии, судебно-медицинской танатологии и др.

Практическая работа № 2. Тема 1.2. Смерть и трупные явления

- 1.Юридическая классификация смерти.
- 2.Отличия насильственной и ненасильственной смерти
- 3.Значение клинической смерти
- 4.Вероятные признаки смерти
- 5.Ранние трупные явления, их виды.
- 6.Поздние трупные изменения.
- 7.Судебно-медицинское значение поздних трупных изменений.
- 8.Протокол осмотра трупа на месте его обнаружения.

Цель – углубить и закрепить теоретические знания, полученные на лекции и в процессе самостоятельной работы, привить навыки устного изложения материала.

Теоретическая часть:

Понятие «смерть» неразрывно связано с понятием «жизнь» и является её логическим завершением. 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 в течение десятков минут или несколько часов.

Изучением вопросов умирания и смерти занимается наука, названная танатологией. Основоположниками учения о смерти — танатологии (от греч. «Thanatos» — Бог смерти и «logos» — наука) являются Биша, Клод Бернар, Р.Вирхов, Нотнагель, И.И.Мечников. Сам же термин «танатология» был предложен И.И. Мечниковым.

В настоящее время под танатологией понимают учение о процессе умирания человека и признаках смерти от её 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.

Г. Скрипкару и М. Тербанча (G.Scripcaru, M.Terbancea, 1983) подразделяют танатологию на следующие разделы: танатозеологию — выявляющую и изучающую причины смерти; танатопатогенез — изучающий механизм умирания и смерти; танатоморфологию — исследующую морфологические проявления и изменения в организме в агональном 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; танатопраксиз — занимающийся разнообразными вопросами искусственной консервации трупов. Отличительной особенностью танатологии в судебной медицине является содействие осуществлению важной государственной функции — правосудия. Особое значение это приобретает в разделе насильственной смерти, где от заключения судебного медика зависит судьба других людей.

Умирание это динамичный процесс. Первые сообщения о том, что жизнь сменяется смертью не сразу и неотчётливо приводит религия. В западных и восточных учениях, признающих не только тело, но и душу, с которой человек расстаётся в момент смерти, излагаются примерные сроки этапов процесса умирания. По религиозным верованиям после гибели физического тела на третий день душа избавляется от эфирного тела, на девятый — от астрального, на сороковой — от ментального.

О том, что жизнь переходит в смерть не мгновенно, а постепенно указал в 1792 году А.Н.Радищев в своем философском труде «О человеке его смертности и бессмертии». «Жизнь и смерть, — утверждал он, — суть состояния противоположные, а умирание — средовое, или то состояние, через которое кончается жизнь и бывает смерть». Эта мысль о наличии между жизнью и смертью промежуточного периода, в последующем подтверждённая физиологами, позволила патологам вторгнуться в этот период и разработать учение о терминальных (пограничных со смертью) состояниях. Согласно этого учения начальной стадией умирания является предагональное состояние, характеризующееся выраженными расстройствами кровообращения и дыхания, приводящими к развитию тканевой гипоксии и ацидозу. Длительность этого состояния может быть различной — от нескольких часов до нескольких дней.

Практическая работа № 3. Тема 1.3. СМЭ транспортной травмы.

1. Особенности возникновения повреждений при наезде, переезде колесом (колесами) движущегося автотранспорта, при выпадении из него, при сдавлении тела между транспортным средством и преградой, при повреждении, возникающих внутри кабины, при комбинированной автотравме.

2. Механизмы возникновения повреждений при воздействии рельсового транспорта.

3. Основные вопросы, которые разрешает СМЭ при транспортной травме.

Цель – углубить и закрепить теоретические знания, полученные на лекции и в процессе самостоятельной работы, привить навыки устного изложения материала.

Теоретическая часть:

Транспортная травма – повреждение, которое возникает от воздействия тех или иных частей перемещающегося транспорта или выпадения из него у водителей, пассажиров и пешеходов.

В практике судебно-медицинской экспертизы транспортная травма по количеству смертельных случаев постоянно лидирует. В судебно-медицинской экспертизе транспортные травмы подразделяются, согласно типам транспорта, на водные, авиационные и наземные.

Наземные (наиболее часто встречающиеся) делятся на безрельсовые (тракторные, мотоциклетные и автомобильный) и рельсовые (железнодорожные и трамвайные).

Воздействие различных видов транспорта может приводить к повреждениям, имеющим свою специфику, то есть, в зависимости от характера воздействия и других параметров, могут быть нанесены различные травмы, которые характерны для действий тупого предмета.

Как пример – рваные или ушибленные раны, кровоподтеки, вывихи, ссадины, переломы костей, комплексное повреждение внутренних органов. Большая часть дорожно-транспортных происшествий происходит достаточно быстро, причем постоянно в таких случаях либо отсутствуют свидетели, либо они есть, но дают неясные, противоречивые, а иногда и заведомо ложные показания.

Тогда надежды на установление истинной картины происшествия возлагаются на судебно-медицинскую экспертизу.

Ее проведение позволяет выявить объективные данные и с помощью научной оценки доказательств по результатам исследования трупа, освидетельствования пострадавшего и изучения материалов дела определить факт транспортной травмы, ее вид и механизм действия. Согласно практике судебно-медицинской экспертизы транспортная травма имеет множество причин.

Это плохой недостаток специальных устройств (разметок, переездов, светофоров, дорог с односторонним освещением, движением и т.д.), состояние дорог, техническая неисправность транспорта, недостаток встроенных средств безопасности, несоответствие количества машин имеющимся дорогам.

Практическая работа № 4. Тема 1.4. СМЭ повреждений тупыми предметами

1. Понятие о травме.

2. Повреждающие факторы

3. Механическая травма и ее особенности

4. Классификация тупых травм.

5. Механизмы действия тупых предметов.

6. Ссадина, ее экспертное значение.

7. Кровоизлияния, кровоподтек, гематома

8. Понятие о ране. Классификации ран.

9. Виды тупых ран

10. Переломы костей, их судебно-медицинское значение.

11. Повреждения внутренних органов.

12. Виды черепно-мозговой травмы.

13. Возможности идентификации травмирующих предметов по повреждениям.

Цель – углубить и закрепить теоретические знания, полученные на лекции и в процессе самостоятельной работы, привить навыки устного изложения материала.

Теоретическая часть:

Судебно-медицинская экспертиза повреждений, причиненных тупыми твердыми предметами

Тупые повреждения вызываются предметами, механически воздействующими только своей поверхностью.

Морфологическое многообразие тупых травм обусловлено формой, размерами, прочностью, упругостью, характером поверхности тупых предметов, их кинетической энергией, местом и направлением их воздействия.

По размерам отличают ограниченную и неограниченную (широкую) травмирующую поверхности. Ограниченной считается такая поверхность, границы которой не выходят за пределы поверхности части тела. Это понятие имеет относительный характер и зависит от размеров части тела. Если размеры травмирующей поверхности тупого предмета выходят за пределы площади соударения, то такая поверхность рассматривается как неограниченная. В случае воздействия предмета с ограниченной травмирующей поверхностью можно точно высказаться о ее конкретной форме и конкретных размерах.

Верхний слой травмирующей поверхности может быть ровным и шероховатым.

Форма травмирующей поверхности может быть:

- 1) плоской – треугольная, квадратная, прямоугольная, овальная и др.;
- 2) угловатой – имеются грани, ребра и вершина;
- 3) кривой – сферическая, цилиндрическая и др.;
- 4) комбинированной – сочетание вышеназванных форм.

Практическая работа № 5. Тема 1.5. СМЭ повреждений острыми предметами

1. Понятие об острой травме.

2. Классификация острых травм.

3. Механизмы действия острых предметов.

4. Характерные особенности ран, причиненных колющими предметами.

5. Характерные особенности ран, причиненных режущими предметами.

6. Характерные особенности ран, причиненных колюще-режущими предметами.

7. Характерные особенности ран, причиненных рубящими предметами.

8. Основные вопросы, подлежащие разрешению при экспертизе повреждений острыми предметами.

Цель – углубить и закрепить теоретические знания, полученные на лекции и в процессе самостоятельной работы, привить навыки устного изложения материала.

Теоретическая часть:

Судебно-медицинская экспертиза повреждений, причиненных острыми предметами

Смертельные и не смертельные повреждения от действия острыми предметами встречаются достаточно часто. По данным Российского центра судебно-медицинской экспертизы, в настоящее время смертельные случаи от повреждений, причиненных острыми предметами, составляют около 15 % от всех погибших насильственной смертью.

Острые орудия – понятие собирательное, оно включает все предметы (орудия, оружие), которые имеют острый край, называемый лезвием, и острый конец.

В зависимости от свойств предмета все острые орудия делятся на:

1) колющие – имеют острый конец (гвоздь, спица, игла, штык, стилет, вилы, вилка, сложенные ножницы, пика, узкая отвертка);

2) режущие – имеют острый край (лезвие опасной и безопасной бритвы, различные типы ножей при режущем действии, стекло, край металла, коса);

3) колюще-режущие – имеют острый конец и край (различные типы ножей, клинков);

4) рубящие – имеют острый край и большую массу (топор, тятка, мотыга, сабля, шашка, мачете);

- 5) пилящие – режущий край представлен острыми зубцами (пила ручная, пила по металлу, пила циркулярная, пила типа «болгарка»);
- 6) колюще-рубящие (стамеска, долото, широкая отвертка);
- 7) рубяще-режущие (шашка, сабля);
- 8) другие предметы комбинированного действия.

Основным механизмом воздействия острых предметов на следовоспринимающие объекты являются разрезание или разруб, прокалывание, прокалывание с разрезанием. В результате этого образуются повреждения, обладающие различными свойствами.

Отличия повреждений, причиненных острыми предметами, от повреждений, возникающих при травме тупыми твердыми предметами, заключается в том, что здесь в подавляющем большинстве случаев мы наблюдаем деформацию среза, а при действии тупых – растяжение, сжатие, изгиб, кручение и реже сдвиг.

Следующая особенность заключается в том, что образующиеся повреждения от действия острых предметов несут информацию о форме клинка и степени его остроты. Поскольку устройство и механизм действия каждого из видов острых орудий имеют свои, присущие им индивидуальные особенности, то и морфология повреждений различных тканей должна отражать характерные признаки строения, что и позволяет устанавливать вид орудия травмы.

От действия острых предметов образуются такие повреждения, как царапины, раны, повреждения мягких тканей, внутренних органов, реже – костей и хрящей.

Практическая работа № 6. Тема 1.6. СМЭ огнестрельных повреждений.

1. Особенности осмотра места происшествия при огнестрельных повреждениях.
2. Механизмы воздействия огнестрельного снаряда и сопутствующих факторов выстрела.
3. Признаки огнестрельных ран.
4. Признаки выстрела с близкой дистанции.
5. Признаки выстрела с неблизкой дистанции.

Цель – углубить и закрепить теоретические знания, полученные на лекции и в процессе самостоятельной работы, привить навыки устного изложения материала.

Теоретическая часть:

Экспертиза огнестрельной и взрывной травмы – один из самых сложных и трудоемких видов судебно-медицинских исследований, требующий использования целого комплекса специальных инструментальных и лабораторных методов анализа, а также высокого уровня компетентности специалистов и наличия у них специальной практики. К осуществлению данного вида экспертизы допускаются только медицинские работники, обладающие высшим специальным образованием и опытом работы в данной сфере. Огнестрельные и взрывные травмы сложны для исследования, так как отличаются обширным повреждением организма. Огнестрельные травмы – это повреждения организма человека, вызванные применением оружия, использующего для выстрела энергию пороховых газов. Под взрывной травмой понимают повреждения, полученные в результате взрыва боеприпасов или взрывчатого вещества. Вследствие схожести характера повреждений огнестрельные и взрывные травмы относят к группе огнестрельных. Однако, в последнее время в судебной криминалистике наблюдается тенденция к обособлению взрывной травмы в отдельный вид из-за особой обширности полученных повреждений. Огнестрельные и взрывные травмы могут являться причиной летального исхода или оказаться совместимыми с жизнью. При обоих видах травм на организм человека оказывается механическое, термическое и химическое воздействие.

Особенности огнестрельных травм

Огнестрельная травма может быть нанесена с целью убийства или причинения вреда здоровью окружающих, с целью самоубийства или членовредительства. Она может возникнуть как результат несчастного случая при несоблюдении техники безопасности

обращения с оружием или в процессе борьбы (самообороны). Оружие, с помощью которого может быть нанесено повреждение бывает следующих видов:

- Боевое.
- Спортивное.
- Охотничье.
- Иное (кустарного производства, самодельное).

По характеру повреждающего снаряда различают пулевые, осколочные ранения и ранения дробью. Если между телом пострадавшего и оружием было какое-либо препятствие, то ранение может быть получено одним из следующих способов:

- В результате рикошета снаряда (дробь, пули или осколка).
- Поражение пострадавшего через препятствие.
- Путем образования вторичных снарядов, вызывающих повреждения. К вторичным снарядам относятся как осколки снарядов, попавших в препятствие, так и частицы самих препятствий.

Большое значение при экспертизе огнестрельной и взрывной травмы имеет определение расстояния, с которого был произведен выстрел. В судебно-медицинских исследованиях различают следующие разновидности выстрелов (относительно расстояния между орудием и пострадавшим):

- Выстрел с дальнего расстояния.
- Выстрел с близкого расстояния.
- Выстрел в упор.

Близкое расстояние в среднем определяется как 1,5 метра. Расстояния свыше этого значения считаются дальними. Выстрел в упор предполагает соприкосновение дульного среза оружия с поверхностью тела или одежды. Дальность расстояния определяется характером повреждений. Так, при выстреле с близкого расстояния наблюдается воздействие на поверхность тела пороховых газов вместе с распределенными в них частицами. Тогда как при выстреле с дальнего расстояния повреждения причиняет исключительно снаряд (пуля или дробь). Для дроби расстояние выстрела также определяют по радиусу облака рассеивания дробин.

Практическая работа № 7. Тема 1.7. СМЭ при механической асфиксии

1. Понятие о кислородной недостаточности.
2. Понятие о механической асфиксии.
3. Странгуляционная асфиксия, ее разновидности.
4. Компрессионная асфиксия, причины, особенности судебно-медицинских проявлений.
5. Обтурационная асфиксия, причины, механизмы развития.

Цель – углубить и закрепить теоретические знания, полученные на лекции и в процессе самостоятельной работы, привить навыки устного изложения материала.

Теоретическая часть:

Механической асфиксией называют состояние кислородной недостаточности, вызванное физическим перекрытием пути движения воздуха или невозможностью совершать дыхательные движения из-за внешних ограничений.

Ситуации, в которых тело человека сдавлено внешними предметами, или когда внешние предметы нанесли травму в область лица, шеи или груди, принято относить к травматической асфиксии.

Для диагностической классификации болезней, связанных с удушением, применяют Международную классификацию болезней Десятого пересмотра. Документ различает следующие виды асфиксии:

Механическая асфиксия — если удушение наступило при сдавливании (странгуляции).

Удушение вследствие обтурации.

Компрессионная асфиксия из-за придавливания землей или другими породами.

Другие причины, вызвавшие механическое удушение, включая удушение пластиковым мешком, вдыхание и заглатывание пищи, инородного тела, случайные удушения.

Механическая асфиксия развивается стремительно, начинается с рефлекторной задержки дыхания, часто сопровождается потерей сознания в течение первых 20 с. Жизненные показатели при классическом удушении последовательно проходят 4 стадии:

60 с – начало дыхательной недостаточности, увеличение сердечного ритма (до 180 уд/мин) и давления (до 200 мм.рт.ст.), попытка вдоха превалирует над попыткой выдоха;

60 с – судороги, посинение, снижение сердечного ритма и давления, попытка выдоха превалирует над попыткой вдоха;

60 с – кратковременная остановка дыхания;

до 5 минут – сохраняется прерывистое нерегулярное дыхание, жизненные показатели угасают, зрачок расширяется, наступает дыхательный паралич.

В большинстве случаев смерть при полной остановке дыхания наступает в течение 3 минут.

Иногда причиной этого может быть внезапная остановка сердца. В других случаях эпизодическое сердцебиение может сохраняться в течение до 20 минут от начала удушья.

Классификация видов механической асфиксии, применяемая в ходе проведения экспертизы при асфиксии

Современная судебная медицина выделяет следующие виды острого кислородного дефицита, вызванного внешними причинами (механической асфиксии):

Странгуляционная асфиксия (удавление петлей или руками, повешение).

Компрессионная асфиксия (наступает в случае механического сдавливания груди и живота).

Обтурационная асфиксия (вызывается закупоркой дыхательных путей инородным телом, утоплением, а также намеренным закрытием носа и рта).

Аспирационная асфиксия (наступает в результате вдыхания или случайного попадания в дыхательные пути и легкие крови, содержимого желудка, вязких или сыпучих веществ).

Асфиксия в замкнутом пространстве.

Первые два вида асфиксии (странгуляционную и компрессионную) относят к видам асфиксии, наступившей в результате сдавливания горла или тела пострадавшего. Обтурационная и аспирационная асфиксия наступают в случае закрытия дыхательных путей. Асфиксия в замкнутом пространстве вызывается фатальным снижением содержания кислорода в воздухе, которым дышал потерпевший.

Практическая работа № 8. Тема 1.8. СМЭ повреждений от действия крайних температур и электричества

1. Признаки местного и общего действия низкой температуры.
2. Причины смерти при воздействии электротока
3. Признаки действия электротока на теле – электрометки

Цель – углубить и закрепить теоретические знания, полученные на лекции и в процессе самостоятельной работы, привить навыки устного изложения материала.

Теоретическая часть:

Экспертиза при воздействии крайних температур исследует изменения в организме человека, произошедшие после того, как его организм попал в зону влияния экстремально высокой или экстремально низкой температуры. К таким ситуациям можно отнести пожары, ожоги, тепловые удары, перегревы, обморожения, криогенное воздействие. В

судебной медицине данный вид исследований применяется для установления обстоятельств, которые сопутствовали воздействию крайних температур на тело человека, а также для определения причин смерти или тяжести вреда, нанесенного здоровью потерпевшего.

Воздействие на организм крайних температур разделяют на общее и местное. При общем воздействии влиянию крайних температур подвергается весь организм человека в целом, при местном – отдельные части тела. Так, к общему воздействию крайних температур можно отнести тепловые (или солнечные) удары, переохлаждение, ожог всего тела человека в случае пожара, сожжения тела (в том числе самосожжения). К местным формам воздействия относятся ожоги, обморожения.

Общее перегревание или переохлаждение может быть получено в бытовых условиях в результате неосторожности или пренебрежения соображениями здравого смысла. К причинам подобных повреждений организма можно отнести также несоблюдение правил техники безопасности на производстве и при выполнении строительных, шахтовых и прочих работ. В отдельных случаях переохлаждение или перегревание человека может быть вызвано умышленными действиями другого лица и квалифицируется как убийство.

Задачи, которые решает экспертиза при воздействии крайних температур

1. определение характера повреждений, подтверждение того факта, что причиной исследуемых повреждений было воздействие крайних температур.
2. установление причины смерти, подтверждение влияния крайних температур на наступление летального исхода.
3. определение конкретного воздействия на организм человека.
4. установление личности погибшего при значительной деформации трупа.
5. выявление прижизненного (посмертного) получения повреждений.

Общее перегревание организма – довольно частое явление в судебной практике. Оно наступает в случае повышения температуры тела свыше +43 градусов по шкале Цельсия. Опасность перегревания организма состоит в том, что оно может наступить при внешней температуре ниже нормальной температуры человеческого тела. Поддержание стабильной температуры тела в жаркое время осуществляется путем потоотделения. Пот испаряется с поверхности кожи, охлаждая организм. Уже при +30 градусах по шкале Цельсия и стопроцентной влажности среды охлаждение организма путем потоотделения с последующим его испарением не происходит и наступает перегревание организма, так называемый тепловой удар.

Очень часто тепловые удары происходят по неосторожности пострадавшего, и только в отдельных случаях человека преднамеренно помещают в зону воздействия высокой температуры, лишая его возможности выхода. Кроме температуры внешней среды, на скорость наступления теплового удара влияют внутренние факторы человека. К ним, прежде всего, относятся особенности терморегуляции конкретного организма, наличие заболеваний, возраст. У стариков и детей тепловой удар наступает раньше, вследствие несовершенной системы терморегуляции. Алкогольное опьянение повышает вероятность получения теплового удара в жаркое время года, так как у пьяного человека снижается чувствительность, и он может не заметить симптомов перегревания. Кроме того, человек в состоянии алкогольного опьянения часто засыпает в зоне повышенной температуры (например, на пляже), что приводит к длительному воздействию высокой температуры и, следовательно, к перегреванию организма с высокой вероятностью летального исхода.

Влияние алкоголя столь же действенно и в случаях переохлаждения организма. Поэтому, в ходе проведения экспертизы при воздействии крайних температур обязательно проводят химическое исследование для определения уровня содержания алкоголя в организме пострадавшего. Установление причины смерти в случае теплового удара крайне затруднительно, так как признаки его в основном внутренние, к тому же неявно

выраженные. Для диагностирования смерти в результате общего перегрева организма необходимо проведение экспертизы и исключение других возможных причин смерти. Различают такую разновидность перегрева организма, как солнечный удар, который вызывается прямым воздействием солнечных лучей на область головы.

Для всех тепловых ударов характерно повышение температуры организма, угнетение функций центральной нервной системы. Смерть наступает при температуре организма от +43 до +45 (от +42 до +44 при солнечном ударе) градусов по шкале Цельсия от первичной остановки дыхания (при солнечном ударе наступает паралич дыхательного центра). Экспертиза при воздействии крайних температур выявляет следующие внутренние признаки перегрева организма: кровоизлияние в тканях головного мозга, переполнение вен, полнокровие и отек оболочек и самого головного мозга.

Практическая работа № 9. Тема 1.9 СМЭ живых лиц. Экспертная оценка степени тяжести вреда здоровью и половых состояний

1. Основные вопросы, разрешаемые судебно-медицинской экспертизой живых лиц.
2. Юридическая классификация вреда, причиненного здоровью.
3. Критерии экспертной оценки степени тяжести вреда здоровью.
4. Судебно-медицинская экспертиза побоев, истязаний, мучений.

Цель – углубить и закрепить теоретические знания, полученные на лекции и в процессе самостоятельной работы, привить навыки устного изложения материала.

Теоретическая часть:

Судебно-медицинская экспертиза живых людей - один из видов судебно-медицинской экспертизы, регламентированной законом, и заключающийся в обследовании конкретного человека в целях решения вопросов, возникших при расследовании преступлений против жизни и здоровья.

Производство ее регламентируется теми же законами Российской Федерации, постановлениями и распоряжениями Правительства РФ, нормативно-правовыми актами, что и экспертиза трупов, а также приказом Минздравсоцразвития России от 24 апреля 2008 г. № 194н «Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека».

Степень тяжести вреда, причиненного здоровью человека, определяется в официальных учреждениях врачом - судебно-медицинским экспертом, а при его отсутствии - врачом иной специальности, привлеченным для производства экспертизы. Судебно-медицинская экспертная деятельность осуществляется в следующих медицинских учреждениях государственной системы здравоохранения:

- Бюро судебно-медицинской экспертизы;
- Российском центре судебно-медицинской экспертизы Министерства здравоохранения РФ;
- судебно-медицинских экспертных подразделениях в составе медико-санитарных частей ФМБА России;
- Главном государственном центре судебно-медицинских и криминалистических экспертиз военных округов Минобороны России;
- государственных центрах судебно-медицинских и криминалистических экспертиз военных округов Минобороны России;
- судебно-медицинских лабораториях видов Вооруженных сил РФ.

Экспертиза без обследования потерпевшего (заочно) допускается в исключительных случаях при невозможности очного обследования при наличии медицинских документов, содержащих исчерпывающие данные о его состоянии в момент травмы, характере повреждений, их клиническом течении, процессе заживления, исходе и т.п.

Экспертиза в амбулатории

При городских, областных, краевых бюро судебно-медицинской экспертизы имеются амбулатории, где проводится судебно-медицинское исследование живых лиц. Судебно-медицинские эксперты проводят экспертизу по поводу повреждений, привлекая через должностное лицо, назначившее экспертизу, в необходимых случаях иных специалистов: хирурга, травматолога, ортопеда, невропатолога, офтальмолога, оториноларинголога, уролога, сексопатолога и т.п. В небольших городах, районных центрах амбулаторная экспертиза проводится районным судебно-медицинским экспертом.

Экспертиза в стационарном лечебном учреждении

В отдельных случаях проводится судебно-медицинское исследование лица, находящегося в стационарном учреждении, когда пострадавший с тяжелой травмой, отравлением, заболеванием поступает в лечебное учреждение и находится в нем продолжительное время.

Наблюдение в стационарном лечебном учреждении

Если для дачи заключения требуются детальное обследование и наблюдение за клиническим течением травмы (заболевания) в стационарном лечебном учреждении, эксперт вправе составить первичное заключение и указать, что для окончательного заключения требуются клиническое обследование и наблюдение в стационарном лечебном учреждении определенного профиля.

Экспертиза в кабинете у следователя и в местах лишения свободы

Экспертиза у следователя и в местах лишения свободы проводится в отношении лиц, задержанных по подозрению или обвинению в совершении преступления, для обнаружения у них каких-либо повреждений или следов совершенного преступления, а также по поводу симуляции или членовредительства. В некоторых случаях по поручению следователя эксперт также осматривает одежду, обувь и другие вещественные доказательства.

Экспертиза в судебном заседании

В одних случаях эксперта вызывают в судебное заседание для участия в связи с экспертизой, которую он проводил на предварительном следствии. В других - эксперту приходится проводить первичную или повторную экспертизу в самом судебном заседании. Кроме того, эксперт отвечает на поставленные ему судом и сторонами вопросы. Если вопросы сложные, эксперт сообщает, какое количество времени ему потребуется для составления заключения и ответов на поставленные вопросы, а также каких специалистов требуется дополнительно привлечь к экспертизе, и ходатайствует об этом перед судом.

Экспертиза на дому у подэкспертного имеет свои особенности

Экспертизу на дому необходимо проводить в присутствии представителя органов расследования или суда. Последние или присутствуют при проведении экспертизы, если подэкспертный того же пола, или находятся в соседнем помещении. Такого порядка требуют необычная обстановка исследования на дому, отличающаяся от условий лечебного учреждения, а также возможность обвинения эксперта в неправильных или незаконных действиях.

Практическая работа № 10. Тема 1.10. Судебно-медицинская экспертиза вещественных доказательств

1. Обнаружение следов крови на месте преступления.
2. Определение видовой и групповой принадлежности крови.
3. Оценка результатов исследования крови.
4. Вопросы, разрешаемые СМЭ при обнаружении крови.
5. Судебно-медицинское исследование спермы, слюны, волос и других вещественных доказательств биологического происхождения.

Цель – углубить и закрепить теоретические знания, полученные на лекции и в процессе самостоятельной работы, привить навыки устного изложения материала.

Теоретическая часть:

По предоставленным документам эксперт выясняет обстоятельства происшествия, вопросы, которые ставятся ему, уточняет, какие вещественные доказательства направлены, какие следы обнаружил на них следователь. После этого эксперт осматривает посылку с вещественными доказательствами. Он удостоверяет, что посылка с вещественными доказательствами, опечатанная следователем в присутствии понятых, поступила в сохранности. Если оказывается, что целостность посылки нарушена, эксперт сообщает об этом следственным органам.

Затем эксперт в присутствии двух сотрудников лаборатории вскрывает посылку и сличает наличие присланных ему вещественных доказательств с перечнем их в постановлении следователя или определении суда. Если расхождений между перечнем вещественных доказательств и их наличием нет, эксперт вправе приступить к проведению экспертизы. Если же будет установлено такое расхождение, экспертом составляется акт, в котором указывается установленное различие. Этот акт подписывается экспертом и двумя сотрудниками лаборатории, присутствовавшими при вскрытии посылки. Один экземпляр акта отправляется следователю, а второй - хранится в лаборатории. Затем эксперт может приступить к исследованию вещественных доказательств и разрешению тех вопросов, которые перед ним поставлены в постановлении.

После исследования эксперт составляет документ, в котором описывает вещественные доказательства, ход их исследования и дает ответы на вопросы, поставленные в постановлении следователя или определении суда. Затем вещественные доказательства тщательно упаковывают и вместе с заключением эксперта возвращают следователю или суду, направившему их на исследование.

Судебно-биологическая экспертиза

При исследовании вещественных доказательств, на которых подозревается присутствие *крови*, перед судебно-медицинским экспертом могут быть поставлены вопросы, которые он должен разрешить в процессе исследования:

- Содержится ли в том или ином пятне, находящемся на вещественном доказательстве, кровь.
- Принадлежит ли эта кровь человеку или животному, а если эта кровь не принадлежит человеку, то от какого животного она происходит.
- Может ли кровь на вещественном доказательстве (исходя из групп крови) принадлежать определенному лицу.
- Принадлежит ли кровь на вещественных доказательствах мужчине или женщине.
- Принадлежит ли кровь, находящаяся на вещественных доказательствах, новорожденному или взрослому человеку.
- Каково региональное происхождение крови.
- Установить давность образования пятен крови.
- Определить количество крови, излившейся при повреждении и образовавшей ее следы.

Установление наличия крови. Это возможно путем определения эритроцитов с помощью микроскопа, что возможно только при исследовании жидкой крови или очень свежих ее пятен. Такая кровь поступает на экспертизу крайне редко. В судебно-медицинской практике обычно используется абсорбционный вариант микроспектрального анализа с помощью микроспектроскопа. Метод основан на способности гемоглобина крови и его производных поглощать волны света разной длины. При этом образуются характерные и постоянные полосы поглощения в спектре цветов. Для микроспектрального анализа достаточно ничтожного количества высохшей крови, в которой выявляются гемоглобин, гемохроматин или гематопорфирин и другие пигменты. С этой же целью используют реакции получения микрокристаллов гемоглобина и его производных

(кристаллы Тейхмана), но этот метод значительно менее чувствителен, чем микроспектральный анализ. В нашей республике часто используются различные варианты хроматографического анализа.

Определение видовой принадлежности крови. Такое исследование необходимо для ответа на вопрос, принадлежит ли кровь, выявленная на вещественных доказательствах, человеку или животному. Это тем более важно, что нередко подозреваемый утверждает, что следы крови принадлежат домашним животным или животным, которых он убил на охоте. Для установления видовой принадлежности крови используются иммунобиологические методы, прежде всего метод преципитации белка, позволяющий определить его видовую принадлежность (реакция Чистовича-Уленгута). При взаимодействии раствора белка крови со специально приготовленной для обнаружения этого белка сывороткой образуется осадок (преципитат). Для определения видовой принадлежности крови существуют преципитирующие сыворотки на белок человека и разных животных, птицы. Существуют и другие методики для определения видовой принадлежности крови, но они не получили широкого распространения.

Определение групповых свойств крови. Оно чрезвычайно важно, так как позволяет выяснить, принадлежит ли кровь на одежде или теле подозреваемого пострадавшему. Результаты экспертизы могут быть очень весомым доказательством виновности или невиновности подозреваемого. Групповые свойства крови были открыты в начале XX века К. Ландштейнером и Я. Янским. Установлено, что при добавлении сыворотки крови одних людей к эритроцитам других эритроциты склеиваются (агглютинация) и выпадают в осадок. Это связано с присутствием в сыворотке крови веществ, называемых *агглютинидами*, а в эритроцитах - других веществ, называемых *агглютиногенами*. Однако сами эти вещества белковой природы неоднородны и поэтому сначала были выделены 4 группы крови, в которых агглютиногены обозначаются прописными латинскими буквами, а агглютинины - буквами греческого алфавита.

В судебно-медицинской практике в скобках указывают и цифровое обозначение группы крови - Oab (I), Ab (II), Ba (III), ABO (IV). У людей с кровью I группы отсутствуют агглютиногены эритроцитов, а у людей с кровью IV группы отсутствуют агглютинины сыворотки, что обозначается нулем. В дальнейшем в крови был обнаружен еще ряд подобных белковых веществ, являющихся антигенами и антителами, и понятие о группах крови сменилось понятием о ее *изосерологических системах*. В настоящее время выделяют 3 такие системы - ABO (группы крови), MNSs (типы крови) и Rh (резус-система). Они и определяют совместимость крови, главным образом при ее переливании, т.е. отсутствие реакции агглютинации. При несовместимости крови в результате слияния разных изосерологических систем возникает агглютинация эритроцитов. Эти свойства изосерологических систем и позволяют открывать их в следах крови и определять ее групповую принадлежность. Следует заметить, что групповые антигены изосерологических систем ABO, MNSs и резус содержатся не только в крови, но и в других жидкостях и выделениях организма, а также в клетках тканей тела.

В судебно-медицинской практике изосерологические группы определяют с помощью реакции агглютинации, метода абсорбции-элюции, методикой «покроваго стекла» и др. Судебно-медицинский эксперт указывает в заключении, что обнаруженные на теле или вещественных доказательствах следы крови не могут принадлежать подозреваемому или пострадавшему (при несовпадении изосерологических систем), либо отмечает, что обнаруженные следы крови могут принадлежать как подозреваемому (или пострадавшему), так и любому другому лицу с аналогичной группой крови (при совпадении изосерологических систем).

Определение групп различных изосерологических систем в жидкой крови (ABO, MNSs, P, резус и др.), как правило, производят при разрешении вопросов о спорном отцовстве, материнстве, замене детей в медицинских учреждениях или краже ребенка, а

также в делах о переливании несовместимой крови. Экспертиза спорного отцовства основывается на определении групп крови матери, ребенка и предполагаемого отца, экспертиза о замене детей и краже ребенка - на установлении группы крови членов семей, относящихся к данному происшествию, и обе эти экспертизы основаны на определенных закономерностях наследования групповых факторов и дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК), представляющей собой генетический код. Возможны следующие варианты заключения.

О спорном отцовстве (спорном материнстве):

- данный мужчина не является отцом обследуемого ребенка или данная женщина не является матерью обследуемого ребенка;
- отцовство (материнство) не исключается, в силу чего судебно-медицинская экспертиза крови не может решить вопрос о спорном отцовстве (материнстве).

О замене детей или краже ребенка:

- ребенок П. не мог родиться в семье Абдуллаевых, но может происходить из семьи Рахимовых, а ребенок В, не мог родиться в семье Рахимовых, но может происходить из семьи Абдуллаевых;
- ребенок П. не мог родиться как в семье Абдуллаевых, так и в семье Рахимовых, а ребенок Н. не мог происходить от Рахимовых, но мог родиться у Абдуллаевых;
- судебно-медицинская экспертиза крови не может ответить на поставленный перед ней вопрос, так как оба ребенка могут происходить как из той, так и из другой семьи.

Таким образом, судебно-медицинская экспертиза может исключить отцовство, материнство и происхождение ребенка из конкретной семьи, но не может достоверно установить отцовство, материнство и замену детей. Факт переливания несовместимой крови, связанный с ошибкой в определении группы крови донора или реципиента, выясняют путем исследования крови того и другого. Выводы делают исходя из того, что при переливании имеют значение агглютиногены донора и агглютিনিны реципиента. При несовместимости крови в сосудистой системе реципиента происходит агглютинация всех эритроцитов, что приводит к смерти.

Другие задачи, решаемые с помощью исследования крови. Нередко перед экспертизой стоит вопрос о давности следов крови. Для этого в крови из пятна определяют хлориды с помощью 1% азотнокислого серебра. Ширина полосы выявляемых хлоридов отражает давность образования пятна. Однако метод имеет относительное значение, так как пропитывание пятна крови хлоридами зависит не только от сроков его образования, но и от атмосферных и других внешних воздействий. Определение регионального происхождения излившейся крови основывается в основном на обнаружении каких-либо дополнительных включений. Так, клетки слизистой оболочки дыхательных путей в пятне крови указывают на кровотечение из органов дыхания, обнаружение в следах крови элементов кала свидетельствует о геморроидальном кровотечении из прямой кишки, железы внутренней оболочки матки говорят о менструальном происхождении крови. Если нет этих дополнительных признаков, определить происхождение крови практически невозможно.

Определение количества излившейся крови помогает ответить на ряд вопросов следствия, например, умер ли человек в том месте, где был обнаружен его труп, или труп был перенесен. Для этого имеется ряд методов, среди которых наиболее доступен способ, основанный на определении массы высохшей крови с последующим пересчетом на объем жидкости. Пределы ошибок этой и других подобных методик 15-20%. Если в высохшем пятне крови сохранились лейкоциты, можно определить пол человека, которому принадлежит кровь. В ядрах сегментоядерных лейкоцитов женщин имеются специфические образования - так называемый *половой хроматин*. У мужчин половой хроматин встречается очень редко. Выводы о половой принадлежности крови делают на основании подсчета лейкоцитов из пятна крови, содержащих половой хроматин.

Отличить кровь новорожденного от крови взрослого человека в пятне можно по различной устойчивости гемоглобина к действию щелочей - он более устойчив у новорожденного, что определяется с помощью микроспектрального анализа. При подозрении на отравление угарным газом кровь исследуют на карбоксигемоглобин, применяя спектральный анализ и химические реакции, в первую очередь пробы с танином и формалином.

Из выделений человеческого организма в качестве вещественных доказательств исследованию наиболее часто подвергаются пятна семенной жидкости, слюны, пота и мочи. В пятнах, где предполагается наличие таких выделений, сначала устанавливают характер выделения (сперма, моча и др.). Затем определяют групповые антигены системы АВО, что позволяет судить о возможности происхождения выделений от определенного лица.

Раздел 2. Судебная психиатрия

Практическая работа № 11. Тема 2.1 Судебная психиатрия как наука. Нормативные основы судебной психиатрии

1. Психика – отражение деятельности головного мозга.
2. Различие между психическим заболеванием и психическим расстройством.
3. Клинический основной и дополнительные методы исследования.
4. Субъекты судебной психиатрии и вопросы, решаемые в их отношении.
5. Виды судебно-психиатрических экспертиз.

Цель – углубить и закрепить теоретические знания, полученные на лекции и в процессе самостоятельной работы, привить навыки устного изложения материала.

Теоретическая часть:

Психиатрия — медицинская наука, которая изучает клинические проявления, диагностику, лечение и прогноз психических расстройств, разрабатывает вопросы восстановления в жизни больных с нарушениями психики. **Судебная психиатрия является прикладной отраслью медицинской науки — психиатрии.** Судебная психиатрия изучает психические расстройства применительно к задачам, которые решает правосудие по уголовным, гражданским и административным делам.

Объединяет психиатрию и судебную психиатрию то, что они медицинские дисциплины и изучают одни и те же явления — психические расстройства. Однако различия в задачах, решаемых общей и судебной психиатрией, обуславливают известные расхождения между ними, придавая судебной психиатрии присущие только ей специфические черты. Это же относится и к предмету судебной психиатрии. **Предмет судебной психиатрии составляют психические расстройства, имеющие юридическое значение в уголовном, гражданском и административном судопроизводстве.**

Предмет включает, помимо медицинских описаний и квалификаций, которые приняты в общей психиатрии, и дополнительную судебно-психиатрическую квалификацию, которая называется судебно-психиатрической оценкой. Врачи-психиатры, обследовав обвиняемого, приходят к выводу о том, что он длительное время страдает хроническим психическим заболеванием - параноидной шизофренией. В психиатрии такого диагноза достаточно, чтобы решить о необходимости для пациента психиатрической помощи и способе ее оказания. Для судебного психиатра приведенный диагноз и другие клинические признаки заболевания тоже необходимы, но недостаточны. Судебный психиатр должен использовать дополнительные критерии, которые характеризуют выявленное заболевание. В частности ответить на вопрос: мог или не мог обвиняемый во время совершения инкриминируемого ему деяния «осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими». Этот критерий определяет глубину (тяжесть) поражения психической

сферы обвиняемого в степени, которая исключает его вменяемость и ответственность за содеянное.

Практическая работа № 12. Тема 2.2 Судебно-психиатрическая экспертиза в уголовном процессе

1. Вопросы, решаемые при судебно-психиатрической экспертизе подозреваемых, обвиняемых и подсудимых.
2. Соотношение медицинского и юридического критериев.
3. Поводы к назначению судебно-психиатрической экспертизы свидетелей и потерпевших.
4. Основные вопросы, подлежащие экспертному разрешению.

Цель – углубить и закрепить теоретические знания, полученные на лекции и в процессе самостоятельной работы, привить навыки устного изложения материала.

Теоретическая часть:

Судебно-психиатрическая экспертиза (СПЭ) в уголовном процессе должна назначаться и проходить согласно требованиям законодательства, ведомственных регламентов. Нужна в качестве доказательной базы по делу, с её помощью решается дальнейшая судьба обвиняемого и других участников расследуемого преступления. Выводы, изложенные в отчёте, являются основой для итогового решения.

Перед следственными, оперативными, судебными и прокурорскими работниками ставятся различные задачи, при решении которых требуются не только специальные навыки, жизненный опыт, но и знания судебной психиатрии. В рамках своей деятельности служащим часто приходится обращаться к специалистам для выявления особых обстоятельств того или иного происшествия. Только СПЭ позволяет определить, осознавал ли субъект общественную опасность своего поведения, мог ли он руководить своими действиями в тот или иной момент.

От ответов на эти вопросы будет зависеть возможность признания его виновным в преступлении или вероятность освобождения его от ответственности с последующим назначением лечения. Судебно-психиатрическая экспертиза в рамках гражданского производства позволяет определить, является лицо дееспособным или нет. В соответствии с этим решается вопрос об установлении опекуна над ним.

Кроме установления вменяемости или невменяемости, дееспособности или недееспособности, врач определяет:

- Способность потерпевших и свидетелей адекватно воспринимать события и давать показания о них.
- Возможность осужденного по своему состоянию отбывать наказание, вмененное ему.

СПЭ позволяет диагностировать вероятное наличие душевного расстройства любого участника дела, определить тяжесть нарушений. При необходимости в заключении специалиста даются рекомендации о лечении.

Проведение психиатрической экспертизы зачастую сопряжено с рядом проблем. Они обуславливаются тем, что у той или другой стороны процесса присутствуют определенные нервные расстройства. Хотя при этом субъекты могут быть вполне вменяемыми. Зачастую специалистам приходится обследовать атипичные, стертые, нечетко выраженные формы нарушений. В некоторых случаях у субъектов обнаруживаются последствия ранее перенесенных психозов, однако при этом они являются вполне трудоспособными, имеют семьи, работают в коллективе. Нервное расстройство может не проявляться никакими симптомами и выявляться под воздействием эмоционального стресса разной степени выраженности. Его возникновение, в свою очередь, связано со следственными мероприятиями или непосредственным слушанием по делу. Зачастую ПЭ выявляет диссимуляцию или симуляцию заболеваний.

При установлении истины в качестве ключевого условия диагностики расстройств выступает клиническое наблюдение за обследуемыми. Оно дополняется результатами лабораторных исследований.

Практическая работа № 13. Тема 2.3 Экспертиза осужденных. Признание гражданина недееспособным

1. Цель судебно-психиатрической экспертизы осужденных
2. Критерии признания гражданина недееспособным
3. Особенности гражданского процесса при решении вопроса о недееспособности
4. Ограниченная дееспособность.
5. Возможность принудительного направления гражданина на судебно-психиатрическую экспертизу (ст. 283 ГК).

Цель – углубить и закрепить теоретические знания, полученные на лекции и в процессе самостоятельной работы, привить навыки устного изложения материала.

Теоретическая часть:

Основания признания гражданина недееспособным определены статьей 29 Гражданского кодекса Российской Федерации (далее – ГК РФ), согласно которой гражданин, который вследствие психического расстройства не может понимать значения своих действий или руководить ими, может быть признан судом недееспособным в порядке, установленном гражданским процессуальным законодательством. Над ним устанавливается опека. Процедура признания гражданина недееспособным определяется главой 31 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации.

Дело о признании гражданина недееспособным может быть возбуждено в суде на основании заявления членов семьи, близких родственников (родителей, детей, братьев, сестер) независимо от совместного с ним проживания, органа опеки и попечительства, психиатрического или психоневрологического учреждения. Данный перечень возможных заявителей является исчерпывающим, поэтому в случае подачи заявления лицом, не указанным в перечне, заявление не будет рассмотрено по существу и возвращается судом заявителю.

Заявление о признании гражданина недееспособным подается в районный суд по месту жительства такого гражданина либо по адресу психиатрического или психоневрологического учреждения, в которое помещен этот гражданин.

В заявлении о признании гражданина недееспособным нужно изложить обстоятельства, свидетельствующие о наличии у него психического расстройства, вследствие чего он не может понимать значение своих действий или руководить ими.

Заявитель освобождается от уплаты издержек, связанных с рассмотрением заявления о признании гражданина недееспособным. Таким образом, в случае отказа в удовлетворении заявления обязанность по возмещению затраченных при рассмотрении дела средств (например, на проведение судебно-психиатрической экспертизы) на него возложена быть не может. В то же время, если в ходе рассмотрения дела выяснится, что при подаче заявления заявитель действовал недобросовестно в целях заведомо необоснованного лишения дееспособности гражданина, все издержки, связанные с рассмотрением дела, возлагаются судом на заявителя.

Суд рассматривает дело с участием заявителя, представителей органов опеки и попечительства, а также прокурора, который по результатам рассмотрения дела дает заключение.

Необходимо отметить, что дело рассматривается также и с участием самого гражданина, в отношении которого подано заявление о признании недееспособным, с тем, чтобы он имел возможность самостоятельно или через своего представителя изложить свою позицию, и при условии, если его присутствие в судебном заседании не создает опасности для его жизни или для жизни или здоровья окружающих. В противном случае

дело может быть рассмотрено по месту нахождения гражданина, в том числе в помещении психиатрического или психоневрологического учреждения.

Вопрос об удовлетворении или отказе в удовлетворении требований заявителя разрешается судом на основании заключения судебно-психиатрической экспертизы. Она назначается судьей на этапе подготовки к судебному разбирательству, если тот считает, что приведенных заявителем данных о психическом расстройстве гражданина достаточно для дальнейшего разбирательства.

Придя к выводу о психическом расстройстве гражданина, в результате которого он не может понимать значение своих действий или руководить ими, суд выносит решение о признании этого гражданина недееспособным.

Решение суда вступает в законную силу по истечении срока на апелляционное обжалование, если оно не было обжаловано. При этом срок для подачи апелляционной жалобы составляет месяц со дня принятия решения суда в окончательной форме.

Гражданин, признанный недееспособным, вправе лично или через выбранных им представителей обжаловать решение суда в апелляционном порядке.

Практическая работа № 14. Тема 2.4 Общая психопатология. Расстройств восприятий, памяти, мышления.

1. Понятие об иллюзиях и галлюцинациях
2. Психосенсорные расстройства.
3. Расстройства памяти по темпу и объему.
4. Дисмнезии и парамнезии.

Цель – углубить и закрепить теоретические знания, полученные на лекции и в процессе самостоятельной работы, привить навыки устного изложения материала.

Теоретическая часть:

Общая психопатология является фундаментом психиатрии, включает в себя широкий круг общих вопросов, касающихся типичных проявлений психических расстройств.

Последние годы отмечается неуклонный рост распространенности психических расстройств — как классических, так и атипичных, многие из которых все более и более напоминают соматическую патологию (психосоматические болезни, сенестопатозы, ипохондрические состояния, неврозы, ларвированные субдепрессии и пр.). В связи с этим, растет роль и важность знаний по общей психопатологии в системе образования врачей различных специальностей.

Создание уровня знаний в области клинической психопатологии, который мог бы считаться абсолютно точным и полностью достоверным, на современном этапе затруднено, так как патология мозговой деятельности, чрезвычайно многообразна и сложна. С этим обстоятельством связан некий скепсис, который пока еще существует среди медиков других специальностей и в общественном сознании в отношении психиатрии. В связи с этим в различных, несомненно, компетентных руководствах и справочниках по психиатрии можно встретить значительно отличающиеся друг от друга определения одних и тех же понятий, не всегда достаточно аргументированное их толкование. Такие явления могут создавать порой ложное впечатление, что в психиатрии доминирует субъективизм, не позволяющий получить точного знания.

Действительно, проблема «доказательной психиатрии» чрезвычайно важна, прежде всего, для практики. Однако в психиатрии доказательность как раз и достигается на основании классических фундаментальных понятий, которые подтверждают существование твердо установленных истин.

В общей психопатологии симптомы психических болезней принято разделять на группы, связанные с нарушением в той или иной сфере психики — восприятия, мышления, воли, эмоций и др. Такое деление сугубо условно, поскольку психические

процессы в разных сферах тесно между собой связаны. Не удивительно, что в различных руководствах один и тот же симптом иногда оказывается отнесенным к разным психическим сферам, да и их количество может различаться. Но разделение расстройств по сферам психики довольно удобно для последовательного изложения и усвоения материала. Насколько точно студент-медик будет обозначать важнейшие понятия (симптомы, синдромы), настолько более точно будет производить правильное распознавание (определять диагноз) болезни.

Практическая работа № 15. Тема 2.5. Расстройств эмоциональной сферы, двигательного-волевой деятельности. Расстройства сознания

1. Виды расстройств эмоций.
2. Расстройства влечений.
3. Двигательное возбуждение.
4. Двигательная заторможенность.

Цель – углубить и закрепить теоретические знания, полученные на лекции и в процессе самостоятельной работы, привить навыки устного изложения материала.

Теоретическая часть:

Расстройства волевой сферы входят в структуру многих заболеваний психики. Само нарушение воли вариабельно, также к нему присоединяются расстройства двигательной и эмоциональной сфер.

Понятие воли определяется как осознанная самоорганизация и регуляция человеком собственных действий. Все эти усилия направлены на достижение намеченных целей и преодоление препятствий. Все действия разделяются на произвольные и произвольные. Последние осуществляются неосознанно и диктуются ситуацией. А произвольные регулируются как раз волевой сферой. Такая саморегуляция включает цель, комплекс манипуляций для её достижения, критерии для оценки проделанных операций, сопоставление окончательных и ожидаемых результатов и, наконец, решение о завершении цели. Получается, индивид может самостоятельно и осознанно контролировать весь процесс и корректировать его. Ключевой аспект воли – действия также должны быть направлены на преодоление трудностей и препятствий.

В волевую сферу входят как обычные бытовые мотивации, так и высшие устремления. Например, к первым относятся пищевые мотивы и базовая безопасность. К высшим — эмоциональные, нравственные переживания, интеллектуальные и эстетические цели.

Весь волевой процесс проходит согласно следующим фазам:

- Зарождение побуждающего импульса;
- Постановка цели;
- Внутреннее обсуждение и борьба мотивов;
- Определение решения;
- Исполнение плана.

Сдерживание бытовых и базовых целей во имя высших и есть проявление воли.

Практическая работа № 16. Тема 2.6 Органические психические расстройства. Эпилепсия.

1. Органические психические расстройства, основные заболевания
2. Эпилепсия; клинические проявления
3. Судебно-психиатрическая оценка эпилепсии.
4. Психические расстройства при травмах черепа.

Цель – углубить и закрепить теоретические знания, полученные на лекции и в процессе самостоятельной работы, привить навыки устного изложения материала.

Теоретическая часть:

Психические расстройства при эпилепсии относятся к состояниям, при которых эпилепсия сопровождается различными психиатрическими симптомами или расстройствами. Это может включать депрессию, тревожность, панические расстройства, биполярное аффективное расстройство, шизофрению и другие. Вот информация о симптомах, диагностике, профилактике, перспективах развития и лечении психических расстройств при эпилепсии:

Симптомы психических расстройств при эпилепсии могут включать:

1. Депрессия: Потеря интереса или удовольствия от повседневных активностей, настроение, сниженная энергия, чувство вины, изменения в аппетите и сне.
2. Тревожность: Чувство беспокойства, напряжения, нервозности, повышенная восприимчивость к стрессу и физические симптомы, такие как повышенное сердцебиение или потливость.
3. Панические расстройства: Внезапные приступы интенсивной тревоги или страха, сопровождающиеся физическими симптомами, такими как сердцебиение, одышка, головокружение и дискомфорт в груди.
4. Биполярное аффективное расстройство: Периоды эйфории или мании, сменяющиеся периодами депрессии.
5. Шизофрения: Потеря связности мыслей, галлюцинации, бредовые идеи, социальная изоляция и нарушение функционирования.

Практическая работа № 17. Тема 2.7 Шизофрения. Маниакально-депрессивный психоз

1. Шизофрения. Общие признаки.
2. Основные клинические формы
3. Типы течения шизофрении.
4. Судебно-психиатрическая оценка шизофрении.
5. Маниакально-депрессивный психоз. Причины

Цель – углубить и закрепить теоретические знания, полученные на лекции и в процессе самостоятельной работы, привить навыки устного изложения материала.

Теоретическая часть:

Шизоаффективное расстройство — это эпизодический психоз, в клинике которого шизофреническая симптоматика сочетается с нарушениями настроения по маниакальному и/или депрессивному типу. Проявляется приступами бредовых состояний и галлюцинаций в сочетании с патологическими изменениями настроения депрессивного или маниакального характера. Диагностируется на основании клинических и анамнестических данных после исключения органического церебрального заболевания. Лечение проводится комплексно с применением антипсихотиков, фармакопрепаратов лития, антидепрессантов. В период ремиссии показана психотерапия.

Шизоаффективное расстройство (шизофреноформный психоз) является патологией шизофренического спектра, занимающей промежуточное положение между шизофренией и аффективным биполярным расстройством. В медицинскую практику термин «шизоаффективный психоз» был введен в 1933 году американским психиатром Я. Казаниным. В настоящее время патология выделена в отдельную нозологию, однако некоторые авторы по-прежнему считают ее доброкачественной формой шизофрении. По различным данным, шизоаффективное расстройство составляет 0,85-11,8% всех эндогенных заболеваний. Гендерные различия в уровне заболеваемости не прослеживаются.

Точные этиологические факторы не установлены. Считается, что патология возникает под воздействием внешних триггеров при наличии генетически детерминированной предрасположенности. Соответственно, все этиофакторы можно разделить на следующие две группы:

- Эндогенные. Включают наличие генетической предрасположенности к шизофрении, генетически обусловленные особенности метаболических процессов в ЦНС, нейроэндокринной регуляции. Ответственные за предрасположенность гены пока не верифицированы. Однако значительная часть заболевших имеет отягощенный семейный анамнез.
- Экзогенные. Неблагоприятные социальные условия, стрессовые ситуации, конфликтные отношения в семье способствуют инициации фенотипического проявления патологии. Триггерами заболевания могут выступать алкогольная и наркотическая зависимости, токсикомания. Нельзя исключить роль перинатальных факторов: тяжелых родов, внутриутробных инфекций и интоксикаций.

Практическая работа № 18. Тема 2.8 Психопатии

1. Психопатии, триада Ясперса.
2. Психоастеники, характеристика.
3. Шизоидная психопатия.
4. Параноидная психопатия
5. Истероидная психопатия.

Цель – углубить и закрепить теоретические знания, полученные на лекции и в процессе самостоятельной работы, привить навыки устного изложения материала.

Теоретическая часть:

Психопатии — изменения личности, которые обусловлены нарушениями эмоционального фона. Наблюдаются волевые расстройства, приступообразное неадекватное поведение. Отмечаются патологические переживания. Страдающие психопатиями люди сохраняют интеллектуальные способности, однако их утрата так же свойственна заболеванию. Развитие нездорового состояния последовательно приводит к неадекватному поведению в общественной среде. Пропадает способность к здоровой социальной адаптации. Клиническая картина нарастает в пубертатном и старческом возрасте. Особенно тяжело заболевание протекает, если его признаки начались еще в детский период. Степень проявления патологических черт характера обычно колеблется. В результате не сопровождается признаками стремительных нарушений психической деятельности, среди которых бред и галлюцинации. Тяжелая степень заболевания характеризуется слабыми компенсаторными механизмами. Практически от любого повода наступает декомпенсация. Состояние нередко проявляется психотическим уровнем — психозом, что происходит через дисфорию и измененное сознание. Она характеризуется мрачным, подавленным эмоциональным состоянием.

Проявления болезни весьма разнообразны. Они различаются в зависимости от превалирования конкретных черт психического склада. Вместе с этим психопатию и ее симптоматику объединяет яркая выраженность черт, проявление явной крайности. В качестве примера можно выделить желание мстить, робость, обидчивость и мнительность. Признаки психопатии во многом зависят от типа заболевания: астенического, возбудимого, психастенического, шизоидного, паранойального, аффективного, неустойчивого или истеричного. Пациенты с астенической психопатией отличаются:

- чрезмерной впечатлительностью;
- психической возбудимостью;
- выраженным истощением;
- плохой переносимостью физических и психических нагрузок;
- нерешительностью;

стеснительностью;
малодушностью.

Психастеническая форма болезни выражается ярко выраженной мнительностью. Пациенты постоянно сомневаются в правильности мышлений и действий. Им очень сложно принять решение, они ранимы. Характерными чертами людей в таком состоянии являются:

болезненное самолюбие;
консервативность;
назойливость;
дисциплинированность и педантичность.

Возбудимая психопатия, которую также называют взрывной, сопровождается ярко выраженной эмоциональной реакцией. Пациент несдержанный, часто пристрастен к алкоголю. Тяжелая психопатия проявляется агрессивным поведением, развивающимся практически на ровном месте. Шизоидная форма нездорового состояния выражается в:

замкнутости;
отсутствии связи с родными;
скрытности;
склонности к сублимации внутренних переживаний.

Важным признаком является эмоциональная дисгармония. Пациентами многие ситуации переживаются как лично значимые. При этом отмечается ранимость, впечатлительность и чувствительность. Чужие проблемы человека не тревожат. Если у больного над всеми переживаниями доминирует продуцирование сверхценных мыслей и идей, то рассматривают паранойальную психопатию.

Практическая работа № 19. Тема 2.9 Реактивные состояния

1. Неврозы. Их клиническая характеристика и судебно-психиатрическая оценка.
2. Психогенные расстройства (реактивный галлюциноз, параноид, синдром одичания, синдром паники, речевая спутанность, бредоподобные фантазии).

Цель – углубить и закрепить теоретические знания, полученные на лекции и в процессе самостоятельной работы, привить навыки устного изложения материала.

Теоретическая часть:

Реактивные состояния – это острые аффективные реакции, шоковые расстройства психики в результате психических травм. Реактивные состояния возникают как вследствие одномоментных психотравмирующих воздействий, так и в результате продолжительного травмирования, а также в силу предрасположенности индивида к психическому срыву (слабый тип высшей нервной деятельности, ослабленность организма после болезни, длительное нервно-психическое напряжение).

Непатологические реактивные состояния:

1) аффективно-шоковые психогенные реакции возникают в острых психотравмирующих ситуациях, содержащих угрозу для жизни или базовых личностных ценностей: при массовых катастрофах – пожарах, наводнениях, землетрясениях, кораблекрушениях, дорожно-транспортных происшествиях, физическом и нравственном насилии.

В этих обстоятельствах также возникает гиперкинетическая или гипокинетическая реакция. При гиперкинетической реакции возникает хаотическая двигательная активность, нарушается пространственная ориентация, совершаются бесконечные действия, человек «не помнит себя». Гипокинетическая реакция проявляется в возникновении ступора-обездвиженности и мутизма (потери речи), наступает чрезмерная ослабленность мышц, возникают помрачение сознания и последующая амнезия. Следствием аффективно-шоковой реакции может быть и так называемый эмоциональный паралич – последующее индифферентное отношение к действительности;

2) депрессивные психогенные реакции – возникают обычно вследствие больших жизненных неудач, потери близких людей, краха больших надежд. Человек переживает горе, находится в состоянии глубокой печали или депрессии. Травмирующее обстоятельство устойчиво доминирует в психике пострадавшего. Душевные муки нередко усугубляются самообвинением, «угрызениями совести», навязчивой детализацией травмирующего события.

В поведении индивида могут возникнуть элементы пуэрилизма (появление в речи и мимике взрослого человека особенностей, свойственных детскому возрасту) и псевдодеменции.

Психологические механизмы возникновения посттравматического стресса.

Пострадавший от травмы хочет сделать так, чтобы травма перестала причинять душевную боль, хочет избавиться от болезненных переживаний, не меняя ничего в себе. Эти переживания отторгаются сознанием, поскольку они слишком тяжелы и непереносимы. По сути дела, человек как бы отделяет их от себя, помещая их, условно говоря, в «контейнер»... В результате эмоциональные состояния не развиваются, оставаясь фиксированными на травме. В метафорический «контейнер» заключены травматические переживания чрезвычайно негативные, разрушительные: гнев, вина, страх и др. Личность, имеющая подобный «контейнер», может казаться и себе, и другим вполне благополучной, так как на первый взгляд полученная рана зажила и как будто не напоминает о себе. Однако любой стимул, напоминающий травматическую ситуацию (запах, звук и т.д.), мгновенно оживляет все переживания, и человек вновь и вновь вынужден погружаться туда, где меньше всего на свете хотел бы оказаться. Тогда возникает то, что называется «неконтролируемым опорожнением контейнера», – человек ощущает, что захлестнут чувствами и для окружающих выглядит в этот момент сумасшедшим. Иногда в эти моменты он может совершать непоправимые поступки, о которых будет сожалеть в дальнейшем. Поэтому человек вынужден защищать свой «контейнер» от того, чтобы случайно не наткнуться на соответствующий стимул, – он вынужден постоянно быть внимательным, избегать всего, что может напомнить травматическую ситуацию.

Оберегание «контейнера» со временем требует все больше и больше сил, и, в конце концов, может получиться так, что вся энергия человека начнет уходить на это, истощая его. Отсюда переутомление, бессонница, раздражительность, нарушение внимания, памяти. Возникают так называемые психосоматические нарушения.

Практическая работа № 20. Тема 2.10 Наркомании, токсикомании, алкоголизм

1. Абстинентный синдром как проявление физической зависимости от употребляемого наркотического, психотропного вещества.
2. Виды наркомании: опийная, гашишная, кокаиновая, амфетаминовая. Их судебно-психиатрическая оценка.
3. Психические расстройства при остром отравлении алкоголем.

Цель – углубить и закрепить теоретические знания, полученные на лекции и в процессе самостоятельной работы, привить навыки устного изложения материала.

Теоретическая часть:

Алкоголизм – это форма химической зависимости, отличающаяся от наркомании тем, что алкоголь является легальным веществом. Самой важной особенностью алкоголизма является то, что больной человек не может прийти к выводу, что ему нужно совсем прекратить употреблять алкоголь и не возвращаться к этому никогда. Алкоголизм является болезнью химической зависимости с теми же чертами, что и наркомания, и поражает все сферы человеческой сущности. Алкоголизм является болезнью: 1)первичной, т.е. не симптомом или последствием другой болезни; 2)прогрессирующей; 3)хронической (длительной); 4)неизлечимой; 5)смертельной. «Прелюдией» алкоголизма

является пьянство – сначала умеренное, потом хроническое. При этом этиловый спирт постоянно присутствует в организме человека, он преобразуется в процессе обмена веществ. Поступающий через пищеварительный тракт алкоголь распадается до ядовитого ацетальдегида и оказывает на клетки и органы разрушительное воздействие. Одним из главных симптомов болезни является ее отрицание (отрицает как больной, так и близкие). Болезнь неизлечима, но можно задержать ее развитие и улучшить состояние, если больной готов принять на себя ответственность за свое выздоровление и изменить самого себя.

Табакокурение относят к вредным привычкам, которые являются отклонениями от здорового образа жизни. Проблема курения в России в настоящее время приняла характер национального бедствия и грозит будущему общества в целом.

Табакокурение ведет к никотиномании – зависимости дыхательного центра головного мозга от стимулирующих его работу веществ, содержащихся в табачном дыме, что превращается в дестабилизирующий фактор для всего организма в целом. Ореальных последствиях табакокурения говорят следующие факты:

1) никотин является веществом, изменяющим сознание, он оказывает воздействие на те же области мозга, что кокаин и амфетамины;

2) уникальность никотина заключается в том, что, являясь психостимулятором, он расслабляет большие группы мышц;

3) один из продуктов расщепления никотина является сильнейшим антидепрессантом; для некоторых людей курение – способ справиться с депрессией, хотя они об этом и не подозревают;

4) в промышленности никотин используется как пестицид; если съесть пачку сигарет, то от отравления наступит смерть – в процессе горения табака токсичность несколько снижается, но никотин убивает так же надежно, как синильная кислота, только гораздо медленнее;

5) по способности вызывать зависимость никотин является самым сильным наркотиком, кокаин стоит на втором месте. Нескольких часов курения достаточно, чтобы сформировался механизм химической зависимости;

6) ее характерной чертой является необходимость постоянно поддерживать уровень никотина в крови, чтобы избежать возникновения синдрома отмены;

7) механизм зависимости от табакокурения следующий: никотиновая кислота и другие компоненты, включенные в обычный обмен веществ человеческого организма, перестают вырабатываться, а получаемые извне встраиваются в циклы жизнедеятельности. С годами человеку требуются все большие дозировки этих веществ, но получает он их со все возрастающим количеством канцерогенных веществ в виде продуктов сгорания смол.

Рекомендуемая литература

Основные печатные издания:

1. Левин Д.Г. Судебная медицина : учебное пособие / Левин Д.Г.. — Саратов : Научная книга, 2019. — 159 с. — ISBN 978-5-9758-1783-9. — Текст : электронный // Цифровой образовательный ресурс IPR SMART : [сайт]. — URL: <https://www.iprbookshop.ru/81054.html>
2. Суднева, Е. М. Судебная медицина и судебная психиатрия : учебник / Е. М. Суднева, А. А. Суднев. — Москва : Ай Пи Ар Медиа, 2023. — 236 с. — ISBN 978-5-4497-1801-3. — Текст : электронный // Цифровой образовательный ресурс IPR SMART : [сайт]. — URL: <https://www.iprbookshop.ru/124166.html>

Основные электронные издания

1. Суднева, Е. М. Судебная медицина и судебная психиатрия : учебное пособие для СПО / Е. М. Суднева, А. А. Суднев. — Москва : Ай Пи Ар Медиа, 2022. — 86 с. — ISBN

978-5-4497-1726-9. — Текст : электронный // Цифровой образовательный ресурс IPR SMART : [сайт]. — URL: <https://www.iprbookshop.ru/122076.html>

2. Судебная медицина: Краткий курс : учебное пособие / Е. Х. Баринов, П. О. Ромодановский, Д. В. Сундуков, О. Л. Романова. — Москва : Российский университет дружбы народов, 2017. — 288 с. — ISBN 978-5-209-07480-9. — Текст : электронный // Цифровой образовательный ресурс IPR SMART : [сайт]. — URL: <https://www.iprbookshop.ru/91075.html>

3. Судебная медицина : учебное пособие (практикум) / . — Ставрополь : Северо-Кавказский федеральный университет, 2018. — 235 с. — Текст : электронный // Цифровой образовательный ресурс IPR SMART : [сайт]. — URL: <https://www.iprbookshop.ru/92758.html>

Дополнительные источники

1. Конституция Российской Федерации. Принята Всенародным голосованием (референдумом) 12 декабря 1993 г.

2. Официальный сайт информационной справочно-правовой системы Консультант Плюс -[http:// www.consultant.ru/](http://www.consultant.ru/)

3. Официальный сайт информационной справочно-правовой системы Гарант - <http://www.garant.ru/>

4. Официальный сайт Конституционного Суда РФ- [http:// www.ks.rfnet.ru/](http://www.ks.rfnet.ru/)

5. Официальный сайт Верховного Суда РФ - [http:// www.supcourt.ru/](http://www.supcourt.ru/)

6. Официальный сайт Генеральной прокуратуры РФ - [http:// www.genproc.gov.ru/](http://www.genproc.gov.ru/)