

ВОЕННО-ЮРИДИЧЕСКАЯ АКАДЕМИЯ РККА

Профессор М. И. АВДЕЕВ

Для служебного пользования

Экз. № **6304**

ПОСОБИЕ
ПО
СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЕ

*ДЛЯ ВОЕННЫХ ЮРИСТОВ
И ВОЕННЫХ ВРАЧЕЙ*

ЮРИЗДАТ ★ МЕДГИЗ
Москва—1943

ПРЕДИСЛОВИЕ

Одним из источников героизма Красной Армии, героизма советского гражданина, невиданного в истории человечества, является патриотизм воинов Красной Армии, их стойкость и презрение к смерти. Каждый из них готов даже ценою своей жизни уничтожить врага, грудью защитить свою родную землю. Великая Отечественная война требует от народов СССР напряжения всех сил. Никто не имеет права уклоняться от выполнения своего долга и возлагаемых на него обязанностей. Уклонение от обязанностей военной службы вообще и в особенности путем симуляции или членовредительства — это уродливое наследство прошлого. Симулянты и членовредители — это шкурники, трусы и дезертиры, предатели интересов своей родины, своего народа. Симуляция и членовредительство с целью уклонения от военной службы, совершаемые в военное время и особенно в фронтовой обстановке, являются тягчайшим преступлением перед родиной и сурово караются советскими законами. Вот почему перед военными врачами стоит ответственнейшая задача выявления возможных случаев симуляции и членовредительства и сообщения о них органам военной прокуратуры.

Ни в одной стране армия не пользуется такой горячей любовью народа, как у нас. Это понятно и закономерно, ибо в нашей стране армия является плотью от плоти, кровью от крови советского народа, она создана народом для защиты его интересов и самоотверженно защищает их, совершая бессмертные подвиги. Велика и почетна роль советского бойца и командира.

Фашистский солдат — это слепая бездушная машина. Его жизнь в глазах его командования представляет ничтожную ценность. Напротив, в советском государстве нет ничего более ценного, чем честь, свобода и жизнь честного гражданина. Вот почему не должно иметь места ошибочное подозрение или тем более обвинение в симуляции или членовредительстве честного советского, воина, героически сражавшегося с врагом и получившего свое ранение в бою. Военный следователь и военный врач должны ясно представлять себе всю ответственность, которую они несут, как в тех случаях, когда не распознают симулянта и членовредителя и дают ему таким образом возможность избежать суровой кары, так и тогда, когда они неправильно подозревают или даже обвиняют в уклонении от военной службы подлинного советского патриота.

Выявление симулянтов и членовредителей может осуществляться успешно лишь при условии, что военный следователь и военный врач будут знать различные формы и способы симуляции и членовредительства, а также и методы их распознавания. В военное время в армию пришел значительный контингент врачей запаса, которым в мирное время почти или совсем не приходилось заниматься вопросами судебно-медицинской экспертизы и тем более сталкиваться с вопросами симуляции и особенно членовредительства.

Понятно, в настоящее время нельзя требовать от военных врачей глубокого изучения литературного материала. Специальная экспертиза симуляции и членовредительства сложное, трудное и очень ответственное дело. Отсутствие специального руководства весьма остро ощущается как врачами, так и работниками военной юстиции. Неподготовленность врачей в значительной степени объясняется тем, что вопросам военной судебной медицины, и особенно распознаванию симуляции, аггравации и членовредительства, не уделялось почти никакого внимания. Вопросы эти замалчивались и почти совершенно не освещались в медицинской прессе.

Изданная Военно-Юридической Академией Красной Армии брошюра о членовредительстве полностью разошлась. Задача настоящего пособия, составленного по заданию командования Военно-Юридической Академией, — дать военным юристам и военным врачам правильное представление о формах и способах симуляции и членовредительства, основных методах распознавания их, а также о задачах и требованиях, предъявляемых органами военной юстиции к судебно-медицинской экспертизе.

Пособие предназначено для военных юристов и военных врачей и мы, естественно, не могли останавливаться на специальных методах исследования и клиничко-анатомических деталях отдельных болезненных форм. Это и не входило в наши задачи. В приложении даны образцы судебно-медицинских актов, законодательные и инструктивные материалы по вопросам судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертизы.

Основная цель этого пособия — оказание помощи военным врачам и военным юристам в очень трудном, сложном и ответственном деле экспертизы симуляции и членовредительства. Если эта цель будет достигнута, мы будем считать свою задачу выполненной. Все указания о замеченных недостатках будут с благодарностью приняты автором во внимание.

М. АВДЕЕВ

ВВЕДЕНИЕ

Уклонение от военной службы относится к тягчайшим воинским преступлениям и сурово карается советским законом.

Этот вид преступления предусмотрен ст. 193¹² УК РСФСР и соответствующих статей УК других союзных республик:

а) уклонение военнослужащего от несения обязанностей военной службы путем причинения себе какого-либо повреждения или путем симуляции болезни, подлога документов или иного обмана — карается лишением свободы на срок до пяти лет;

б) то же преступление при наличии отягчающих обстоятельств карается лишением свободы на срок не ниже трех лет;

в) то же преступление, совершенное в военное время или в боевой обстановке, карается высшей мерой уголовного наказания — расстрелом с конфискацией всего имущества.

Уклонение от военной службы при помощи симуляции и членовредительства было широко распространено в царской армии и армиях буржуазных стран как до, так особенно во время империалистической войны 1914–1918 гг. Способы и формы симуляции и членовредительства исключительно разнообразны и многочисленны, как об этом свидетельствуют, литературные данные. Некоторые способы поражают своей жестокостью или утонченностью. Симулянты прилагают много упорства, сил и настойчивости для достижения своей цели. Все это во много раз увеличивает социальную опасность преступления.

Уклонение от военной службы в Красной Армии — исключительно редкое явление. Филиппов в отчете о работе ушного отделения 1-го Ком. госпиталя за 10 лет (1926–1936) с количеством больных свыше 18000 особенно останавливается на резком уменьшении аггравантов и полном исчезновении симулянтов и членовредителей. Желание попасть в Красную Армию вызвало появление диссимуляции — скрывания имеющейся болезни. Эти факты не исключают, конечно, возможности уклонения от военной службы отдельных трусов, шкурников и враждебно-настроенных лиц.

Сейчас, в условиях Великой Отечественной войны, опасность подобных преступлений особенно велика и должна пресекаться самыми решительными мерами. Предусмотренные ст. 193¹² санкции объясняются тем, что преступление совершается особо квалифицированным способом, что повышает социальную опасность преступного действия. Учитывая это, закон не делает различия между симулянтом и членовредителем, хотя первый в случае разоблачения остается годным к военной службе, а второй может стать совершенно негодным.

Ст. 193¹² УК РСФСР предусматривает следующие способы совершения, преступления: 1) путем причинения себе какого-либо повреждения (то есть членовредительства), 2) путем симуляции болезни, 3) подлога документов, 4) иного обмана.

Симуляцией называется изображение несуществующего на самом деле заболевания, притворная болезнь. Субъект здоров, но различными способами и приемами изображает, подделывает то или иное заболевание, подделывая различные субъективные и объективные симптомы этой болезни, на самом деле не существующие. Например, изображая эпилептический припадок, симулянт падает на землю, судорожно подергивается, мочится, берет в рот кусочек мыла или мел, чтобы получить пену. Другой насасывает кровь из десен и затем выплевывает ее, изображая этим кровохаркание, подмешивает в мочу куриный белок или сахар для того, чтобы симулировать воспаление почек или сахарное мочеизнурение, предъявляет чужую мокроту с туберкулезными бактериями и выдает ее за свою и т.д., и т.п. Симулянт может изображать и симптомы бывшей у него ранее болезни. Все эти действия совершаются сознательно и имеют целью постоянное или временное (госпитализация, отпуск) освобождение от военной службы.

Аггравация. К симуляции тесно примыкает аггравация. Аггравацией называется преувеличение действительно существующих симптомов или преувеличение жалоб на имеющиеся страдания. Разница между симулянтом и аггравантом заключается в том, что симулянт на самом деле здоров, но изображает, имитирует болезнь. Аггравант в действительности болен, но свою болезнь или отдельные симптомы ее он преувеличивает. При аггравации объективные или по крайней мере субъективные болезненные симптомы существуют. Об аггравации следует говорить и тогда, когда преуменьшается или отвергается результат лечения или улучшение заболевания. Аггравацией будет и поддержание болезни в смысле длительности или ухудшения ее вследствие сознательного невыполнения врачебных предписаний, лечебных мероприятий.

Членовредительство — умышленное, с целью постоянного или временного освобождения от военной службы, повреждение органов и тканей, имеющее следствием нарушение

анатомической целостности или функции их. Под это понятие кроме огнестрельных, рубленых, химических, термических и других повреждений подойдет и искусственное вызывание инфекционного заболевания путем самозаражения, а также ухудшение болезни активными действиями (расстравление, раздражение ран, язв, рубцов и т.п.).

Подлог документов осуществляется различными способами. Документы могут быть подложными в полном смысле этого слова. Обычно это медицинские удостоверения, справки о состоянии здоровья, написанные на похищенных бланках учреждений несуществующими врачами или в настоящей справке изменена редакция, внесены добавления существенно изменяющие смысл. Эти удостоверения иногда выдают себя неграмотным с медицинской точки зрения изложением, орфографическими ошибками и другими несообразностями. Подложными могут быть и настоящие врачебные удостоверения, справки, рентгеновские снимки с подлинными подписями. Во время империалистической войны такие документы были весьма распространены. Наконец, могут быть представлены документы, относящиеся к прежнему заболеванию и одновременно симулируется эта же болезнь.

Все эти действия являются преступлением только в том случае, если они совершены сознательно и умышленно. Умысел же направлен на уклонение от обязанностей военной службы. Субъект может сознательно и умышленно причинить себе тяжелое расстройство здоровья, не имея, однако, умысла уклониться от военной службы. Достаточно хорошо известно, что для лечения язв, ран, нарывов, да и целого ряда болезней еще применяются так называемые «домашние» или «народные» средства. К ранам, нарывам прикладывают землю, мыло, чеснок, паутину и другие «средства», способные вызывать тяжелые осложнения. Субъект может по совету окружающих или своему собственному разумению, применяя такое средство, вывести себя из строя временно или навсегда. Однако эти действия не подходят под признаки ст. 193¹², так как не имеют умыслом уклонение от военной службы. Следовательно, необходимо установить причинную связь между действием субъекта и уклонением от обязанностей военной службы. Только в этом случае налицо будет состав преступления, предусмотренного ст. 193¹² УК.

Совершение тех или иных действий может иметь в виду в отдельных случаях различные цели: постоянное уклонение от обязанностей военной службы или временное (получение отпуска, освобождение от различного рода работ, нарядов и т.п.). Для квалификации преступления это значения не имеет. Если субъект добился своей цели и освободился от несения обязанностей военной службы, то преступление считается законченным. Если же преступление осталось незаконченным, потому что субъект был разоблачен и тем самым уклонение от военной службы было предупреждено, то следует говорить о приготовлении или покушении на преступление, предусмотренное ст. 193¹² УК РСФСР. Это преступление может быть совершено при помощи пособников и соучастников. Пособниками и соучастниками могут быть лица, активно помогающие преступнику вызвать те или иные болезненные процессы, обучающие его симулированию болезни, изготавливающие подложные документы или иным обманным способом помогающие преступнику в уклонении от военной службы. Опасность, которую представляют пособники и соучастники не менее велика, чем опасность самого преступника, а иной раз значительно больше. В дореволюционное время практиковали особые «специалисты» и даже целые группы лиц, занимавшиеся членовредительством и сделавшие из этого доходный промысел. Некоторые описанные в свое время формы членовредительства (искусственные катарракты, послеоперационные рубцы, сшивание пальцев) могли производиться только квалифицированными специалистами-врачами. Согласно примечанию 2 к ст. 193¹ УК РСФСР, соучастие в воинских преступлениях влечет за собой ответственность по соответствующим статьям главы о воинских преступлениях.

Статья 193¹² УК РСФСР применяется к военнослужащим и военнообязанным, признанным на учебный сбор. Следует иметь в виду, однако, что желая уклониться от военной службы, субъект может сделать себя негодным к ней за некоторое время до призыва. Такие лица привлекаются по ст. 193^{10a} УК РСФСР*.

Формы и способы симуляции и членовредительства весьма разнообразны, опыт показывает, однако, что они до известной степени шаблонны и одинаковы в различных армиях и странах. Вызываемые ими заболевания подводятся обычно под статьи расписания болезней и поддаются классификации. Так, например, Шибков распределял искусственные и притворные болезни в следующие 12 групп:

* Новые правила учета и передвижения военнообязанных и призывников (январь 1942 г.).

1. Искусственные болезни без повреждения целостности кожи и подлежащих тканей. Сюда относятся: искусственная окраска кожи, накожные наслоения (искусственный колтун, псориаз, парша). Контрактуры, получаемые с помощью разного рода повязок, уменьшение объема груди, укорочение конечностей, смещение таза, кокситы, посторонние индифферентные вещества в отверстиях тела (ушных, носовых, глазной щели, в заднем проходе).

2. Искусственные болезни без повреждения кожи и слизистой, но с повреждением глубже лежащих тканей и органов: ушибы, отеки вследствие перетяжки и травматические атрофии конечностей, особенно пальцев, растяжения и искусственные грыжи, смещение яичка под кожу паховой области, выпадение слизистой прямой кишки.

3. Искусственные кожные болезни. Разного рода дерматиты механического, термического, химического и паразитарного происхождения; ссадины, рубцы, искусственные язвы.

4. Искусственные болезни с повреждением кожи, подкожной клетчатки и других глубже лежащих тканей: эмфизема, асептическая и септическая флегмоны, искусственные опухоли доброкачественного, злокачественного и инфекционного характера, воспаления суставов. Болезни половых органов, помимо венерических, флегмона мошонки, искусственный эпидидимит, орхит, грыжа.

5. Искусственные раны — колотые, огнестрельные, ушибленные.

6. Искусственные болезни внутренних органов: бронхиты, туберкулез, искусственная язва желудка, катарр кишек, воспаление почек, диабет, желтуха, болезни сердца.

7. Искусственные нервные болезни — чаще всего эпилепсия.

8. Искусственные венерические болезни: уретрит, язвы, цистит, сифилис.

9. Искусственные болезни глаз: конъюнктивиты, лейкомы, язвы роговицы, афакия.

10. Искусственные болезни уха: прободение барабанной перепонки, катарр слухового прохода.

11. Искусственные зубные болезни: экстракции зубов, подделка здоровых зубов под больные, подпиливание зубов.

12. Искусственные множественные (комбинированные) болезни.

Некоторые из упоминаемых в классификации Шибкова болезней имеют исторический интерес (укорочение конечностей, уменьшение объема груди, зубные болезни). Не исключена возможность появления новых форм и способов симуляции и членовредительства. В дальнейшем изложении отдельные виды симуляции и членовредительства будут рассмотрены отдельно, так как с медицинской точки зрения и по существу эти понятия различные.

ЧАСТЬ I

СИМУЛЯЦИЯ И АГГРАВАЦИЯ

Общие вопросы

Прежде чем перейти к дальнейшему изложению, необходимо сделать несколько предварительных замечаний. Опыт работы военной прокуратуры показывает, что врачи не уделяют должного внимания делу выявления и разоблачения симулянтов и аггравантов. Объясняется это, с одной стороны, незнанием основных форм и способов симуляции и аггравации и неумением их распознавать, с другой — недостаточным представлением о той социальной опасности, которую представляют собою эти способы уклонения от военной службы. Опыт показывает далее, что в тех врачебных комиссиях, госпиталях и других лечебных учреждениях, где борьба с симуляцией и аггравацией проводится самыми решительными, строгими и жесткими мерами, где медицинский персонал всегда имеет в виду возможность симуляции и аггравации, там симулянты и агграванты встречаются редко и не доставляют больших хлопот медицинскому персоналу. Симулянт или аггравант прекрасно знает и понимает, что в таком-то госпитале или врачебной комиссии ему не пройти, там ему не удастся обмануть бдительность врачей и он будет разоблачен. Там же, где врачи не уделяют должного внимания выявлению симулянтов и аггравантов, где хотя бы одному симулянту или агграванту, пользующемуся близорукостью врачей, удалось добиться своей цели, туда, как в образовавшуюся брешь, устремляются симулянты и агграванты, и врачи становятся как бы невольными пособниками их. Это не значит, конечно, что в каждом больном или испытуемом нужно видеть прежде всего симулянта или агграванта. Это будет другая крайность, на разъяснении которой мы остановимся в дальнейшем изложении.

В борьбе с симуляцией и аггравацией очень большое значение имеет и правильно поставленная политико-воспитательная работа в лечебных учреждениях. Во-время и политически правильно проведенная врачом беседа очень часто заставляет симулянта понять всю тяжесть совершаемых им действий, отказаться от продолжения их и затем на деле доказать свою преданность Родине.

Наконец, врачи должны знать, что «за допущение недобросовестного или пристрастного отношения к делу при определении состояния здоровья и физической пригодности призываемых на действительную военную службу врачи — члены комиссии, равно как и врачи, привлекаемые к медицинскому освидетельствованию призываемых, несут, уголовную ответственность (примечание к ст. 23 Закона о всеобщей воинской обязанности)». Это примечание относится не только к врачам призывных комиссий, но и вообще к врачам, свидетельствующим какие бы то ни было воинские контингенты (Приказ НКО 184 1 июля 1940 г.).

Перейдем теперь к изложению тех трудностей и возможных ошибок, с которыми приходится иногда встречаться при экспертизе симуляции и аггравации и которые необходимо учитывать как военному следователю, так и военному врачу.

Симуляция, аггравация и членовредительство подлежат уголовному преследованию лишь в том случае, если они совершаются умышленно и сознательно. Когда же эти действия обусловлены болезненным состоянием субъекта, то степень его ответственности зависит от характера и тяжести основного заболевания.

Симуляция умышленная и патологическая

Необходимо строго различать симуляцию умышленную, сознательную, совершаемую с определенной целью уклонения от военной службы, от симуляции несознаваемой, болезненной (патологической). Патологическая симуляция — проявление основного заболевания, лишь один из симптомов его, иногда даже преобладающий и ведущий. Больной субъект симулирует симптом или группу симптомов, не сознавая этого. Отсюда два вида симуляции: симуляция умышленная и симуляция патологическая. При умышленной симуляции субъект несет полную ответственность за свои действия, при патологической симуляции его ответственность определяется характером и тяжестью основного заболевания. Провести четкую границу между симуляцией и некоторыми нервно-психическими заболеваниями и психогенным состоянием под-час очень трудно, а иногда и невозможно. Некоторые душевные заболевания и психогенные реактивные состояния сопровождаются симуляцией отдельных симптомов. С другой стороны, некоторые душевные заболевания могут производить впечатление симуляции. Особенно тесная связь имеется между симуляцией и истерией, которые иной раз бывает очень трудно различить.

Империалистическая война с особой остротой поставила эту проблему перед военными экспертами. Количество истериков и симулянтов возрастало в одинаковой степени, и трудности экспертизы и отличия симуляции от истерии встали не только перед экспертами, но и перед военными врачами во весь рост. Наблюдения показали, что в основе обоих состояний (истерии и симуляции) лежит боязнь опасностей, связанных с пребыванием в фронтовой обстановке, стремление избежать их. Однако из этого не следует, что можно отождествлять симуляцию и истерию. Истерия — это болезнь, тяжелые формы которой сопровождаются серьезными функциональными расстройствами, не меньшими, чем телесные заболевания. Истерия развивается в связи с психическими переживаниями, чаще всего от желания быть или казаться больным, желанья не всегда сознаваемого. При истерии, помимо психических, бывает и ряд функциональных, физических расстройств: судорожные припадки, параличи, расстройства чувствительности, слепота, немота, потеря голоса, заикание, дрожание, рвота, упорная икота и т.д. и т.п. Истерики иногда даже и опытному врачу кажутся симулянтами, а предъявляемые ими симптомы искусственными, деланными. При истерической слепоте, например, можно объективно доказать, что у истерика нет оснований быть слепым, и тем не менее для себя он слеп и ничего не видит. Из повседневной практики, хорошо известно, что все эти функциональные расстройства (слепота, немота, параличи и др.) наблюдаются у лиц и не преследующих никакой выгоды. У истериков экспертизе приходится разрешать вопрос как о вменяемости, так и о пригодности их к военной службе. Помимо истерии симуляция и аггравация также ярко бывают выражены и при травматическом неврозе, наиболее частой причиной которого является военная травма и особенно контузии. Следовательно, среди симулянтов могут быть люди совершенно здоровые, злостные симулянты, и люди душевнобольные, не ответственные за свои действия, и в частности за симуляцию, которая представляет собою лишь симптом их болезни. Между этими двумя крайностями существуют переходные формы.

Рейхард различает следующие подгруппы симулянтов:

13. Душевно вполне здоровые симулянты.
14. Психопаты, врожденно слабоумные, эпилептики и дегенераты.
15. Симулянты-истерики и склонные к истерическим реакциям.
16. Душевнобольные симулянты.
17. Более или менее невропсихопатические личности с так называемой несознаваемой симуляцией.
18. Кажущиеся симулянты, тяжелые душевнобольные (при раннем или врожденном слабоумии, кататонии).

Из этого следует, что для распознавания симуляции помимо судебно-медицинской экспертизы очень часто необходима еще и психиатрическая экспертиза.

Аггравация

Чистые формы симуляции, т.е. изображение болезни совершенно здоровым субъектом, встречаются не часто просто потому, что довольно трудно изображать болезнь, которой не существует. Гораздо чаще приходится встречаться с преувеличением тех или иных симптомов имеющейся болезни, т.е. с аггравацией. Аггравация, как и симуляция, не всегда носит злостный характер. Аггравация нередко свойственна больным, особенно психопатическим и ипохондрическим личностям, прислушивающимся и приглядывающимся ко всякому изменению в состоянии своего здоровья, относящимся с повышенным вниманием к малейшим болезненным расстройствам. Такие больные охотно и по всякому поводу жалуются на свои болезненные ощущения, пространно о них рассказывают, одновременно преувеличивая в своих жалобах действительно имеющиеся у них расстройства во много раз, просто из желания вызвать к себе сострадание, сочувствие. Особенно это относится к субъектам легко внушаемым, у которых аггравация и симуляция иногда могут иметь источником неосторожные действия или слова врача. В настоящее время хорошо известны так называемые иатрогенные заболевания, т.е. болезни, внушаемые врачом. Неосторожные замечания или действия врача, неправильно понятые или истолкованные легко внушаемым субъектом, могут вызвать у него иногда такие тяжелые функциональные расстройства, что человек может стать совершенно нетрудоспособным. Вылечить такую внушенную врачом болезнь бывает иной раз труднее, чем настоящее заболевание. Безобидная аггравация наблюдается у больных, желающих обратить на себя внимание врача, получить у него совет, ускорить вмешательство, быть лучше обследованным. Аггравация может возникнуть от желания больного избежать болезненных манипуляций или от боязни их и т.д. Все, что было сказано по

отношению патологической симуляции, относится и к аггравации, только в меньшей степени. Агграванту нет нужды измышлять и инсценировать болезненные симптомы, так как они у него имеются налицо и он их только преувеличивает. Тем не менее аггравация также может быть умышленная, злостная и болезненная (патологическая).

Симар различает три формы аггравации:

1. Аггравация не патологическая (корыстная).
2. Аггравация патологическая, связанная с расстройствами, истерического характера (часто встречается в клинике).
3. Аггравация смешанная, при которой встречаются элементы искренности и недобросовестности.

Врач-клиницист и судебно-медицинский эксперт должны решать вопрос не только о наличии симуляции и аггравации, но и установить, какой характер носят эти состояния, умышленный или патологический.

Все изложенное выше делает понятными трудности, которые приходится преодолевать при экспертизе симуляции и аггравации.

Диагностика симуляции

Симуляцию нельзя угадать — ее нужно доказать (Шавиньи, Симар).

Сильное и верное изречение, которым должен руководствоваться не только судебно-медицинский эксперт, но и следователь. Военные эксперты периода империалистической войны на собственном опыте убедились в том, что диагностика симуляции и аггравации не только ответственнейшее, но и не всегда легкое дело, требующее много терпения, времени, наблюдательности и главное — врачебного опыта. Каких-либо специальных методов и способов раскрытия симуляции не существует.

Отошли в область истории зверские пытки (голод, ледяные ванны, одиночное заключение и т.п.) и мучительные способы (электризация, насечки с последующим втиранием камфарного спирта и др.), которые рекомендовали и применяли некоторые «эксперты» для того, чтобы вырвать признание у попавшего в их руки на испытание и подозреваемого в симуляции субъекта. Эти рекомендовавшиеся до сравнительно недавнего времени и применяемые сейчас в фашистских странах способы распознавания симуляции, не имеют ничего общего с медицинской наукой, недопустимы в наших советских условиях и, что самое главное, доказывают прежде всего бессилие и недостаток знаний у пользовавшихся ими врачей. В процессе обследования необходимо обращать внимание на некоторые общие признаки медицинского и немедицинского характера, которые могут помочь распознаванию симуляции. Каждый из них в отдельности не имеет, конечно, решающего значения. По мере накопления, комплекс этих фактов заставляет врачей, заподозрить симуляцию, а иногда дает возможность и разоблачить симулянта. Некоторые из этих признаков нужно учитывать и военному следователю при расследовании дел о симуляции и членовредительстве. К таким признакам относятся:

1. Соответствие заболевания одной из статей расписания болезней. Сам по себе этот факт ничего еще, конечно, не говорит, но симулируются преимущественно заболевания, постоянно или временно освобождающие от военной службы. Во время империалистической войны было установлено, что изменение статей расписания болезней тут же сказывалось изменением симулируемых болезней. В русской армии действовала статья, освобождающая от военной службы; при отсутствии определенного количества зубов. Появилось членовредительство в виде умышленного выдергивания, подпиливания, разрушения такого же количества иной раз совершенно здоровых зубов. Когда же статья была изменена в том отношении, что освобождение происходило только при наличии упадка питания, эта форма членовредительства (т.е. разрушение зубов) исчезла.

В итальянской армии то же самое наблюдалось по отношению к некоторым глазным заболеваниям.

2. Появление группы («эпидемий») однородных заболеваний не заразного, а иногда заразного характера — весьма существенный признак, который иногда может прямо указывать на симуляцию или членовредительство. Особенное значение имеет при этом появление групповых заболеваний в одной части или происхождение больных из одной местности. Опыт показал, что симулянт, освободившийся временно или постоянно от военной службы, не удерживается обычно от того, чтобы не похвастаться и поделиться «успехом» своего способа. В резуль-

тате возникало подражание и в части появлялась вдруг группа лиц с таким, например, редким заболеванием, как недержание мочи, или эпилепсия.

При призывах обращало на себя внимание появление однородных заболеваний среди контингента прибывшего из определенной местности.

В царской России при призывах наблюдалось, что среди, прибывших из одной местности встречаются, например, много лиц с выпадением прямой кишки, из другой — с грыжами, из третьей — с прободением барабанной перепонки и т.д. Из этого можно было заключить, что в этих местностях оперируют «специалисты» по вызыванию тех или иных заболеваний. Из инфекционных болезней известно умышленное самозаражение гонорреей и трахомой.

3. Необычность, точнее — несообразность картины болезни. Очень редко симулянт может воспроизвести полную картину болезни просто потому, что это требует известных знаний. Поэтому симулируется один или несколько симптомов заболевания, в то время как другие столь же или более постоянные для данной болезни отсутствуют. Симулируемые симптомы к тому же резко преувеличиваются. Поэтому вместо определенного заболевания врач видит отдельно вырванные из общей картины, преувеличенные симптомы. Могут отсутствовать симптомы, обязательные для данного заболевания, или же симптомы болезни не соответствуют определенным срокам или периодам заболевания. О симуляции свидетельствует также несоответствие картины болезни, во-первых, давности, указываемой испытуемым, во-вторых, причине, которой он объясняет свою болезнь.

4. Необычное течение болезни. При заболеваниях, не имеющих характерного цикла течения, продолжительных хронических страданиях, наблюдаются более или менее длительные улучшения, чего при симуляции не бывает. Болезнь упорно не поддается ни лечению, ни режиму.

Время от времени появляются беспричинные обострения и ухудшения. Подозрительным является постоянная и одинаковая локализация и интенсивность, различных болезненных ощущений (невралгий, кишечных и суставных болей и т.п.).

5. Внезапное выздоровление может также указывать на симуляцию. Изменение условий, благоприятствовавших симулянту, может повести к внезапному выздоровлению. Наложение предохранительных повязок при кожных заболеваниях, болезнях глаз, носовых кровотечениях и т.д., и т.п. может повести к быстрому излечению болезни. При симуляции длительного, хронического заболевания, симулянт может немедленно выздороветь, когда убедится в том, что не может больше продолжать обмана.

6. Поведение симулянта может само по себе изобличить его. «Симулянт меньше видит, чем слепой, хуже слышит, чем глухой, хромает больше, чем хромым» (Кратц). В самом деле, слепой обладает известной ориентировкой в пространстве. Походка и движения его осторожны. Прежде чем передвинуться, он ощупывает ногами или палкой почву перед собой. Симулянт, стараясь показать себя слепым, преувеличивает поведение слепого, нарочито ищет препятствий, наталкивается на них. Если слепому предложить дотронуться концом пальца до кончика носа, он это сейчас же исполнит. Симулянт же этого не сделает, а будет попадать пальцем мимо носа. Если слепого заставить вытянуть руки и посмотреть на пальцы, он это выполнит и в увлечении может даже сказать, что видит пальцы, симулянт сочтет эту задачу для себя невыполнимой. Точно так же, если сзади глухого уронить, на пол тяжелый предмет, то он обернется, почувствовав сотрясение пола. Симулянт не обернется, считая, что он не должен слышать стука. Симулянт с незначительной припухлостью или язвой на ноге или сильно хромает, или заявляет, что он вовсе не может ходить. При осмотре он симулирует такую болезненность, которая явно не соответствует объективным изменениям. При наличии, например, старых и незначительных изменений в области сустава, он утверждает, что не может производить активные движения в этом суставе, а попытка врача произвести пассивные движения вызывает напряжение мышц и фиксацию сустава. Иногда может броситься в глаза чрезмерная болтливость и навязчивость у симулянтов. Они постоянно говорят о себе, о своих болезнях, стараются обратить на себя внимание, жалуются на безуспешность лечения. Жалобы их стереотипны, повторяются в одних и тех же выражениях. Или же различным лицам они заявляют различные жалобы. Если симулянт видит, что его жалобы производят недостаточное впечатление, то он либо преувеличивает их, либо начинает предъявлять новые жалобы, настойчиво убеждая врача в своей болезни. У него всегда в запасе всякие справки и удостоверения, подтверждающие его болезни, как давно прошедшие, так и продолжающиеся. Он носит повязки, пластыри, бандажи, суспензории и т.д.

Характер поведения во многом зависит от личности симулянта, степени его развития и культуры. Мало развитые субъекты симулируют грубо, наивно. Интеллектуально развитой симулянт прибегает к более тонким уловкам, выпячивает отдельные симптомы, чаще субъективного характера, которые труднее поддаются объективному учету. Все это должно приниматься во внимание врачом. Конечно, ценность перечисленных признаков относительно неодинакова.

Врач должен поставить себе за правило не подходить к испытуемому как к обвиняемому. Предвзятое мнение в подходе к больному, как к симулянту, может привести врача к тяжелым ошибкам. Другим неперенным условием является полнота обследования. Ни в коем случае нельзя поддаваться первому, беглому впечатлению и делать скороспелые выводы. Заключение о симуляции должно быть естественным, логическим выводом подробного клинического исследования. Существенным моментом в методике обследования испытуемого является поведение врача. До окончания исследования врач ничем не должен выдавать своих сомнений в действительной сущности заболевания, даже при явной симуляции. Симулянт до конца обследования должен быть уверен в том, что его считают больным. Это дает возможность в процессе обследования получить иногда ряд противоречивых данных. Если врач преждевременно обнаружит свои сомнения, то этим самым он может побудить симулянта изменить некоторые жалобы или симптомы изображаемого заболевания и т.д. При собирании анамнеза лучше всего дать испытуемому самому изложить жалобы и развитие своей болезни, чтобы наводящими вопросами не натолкнуть его на новые жалобы. Нередко при этом больной начинает прибавлять к прежним жалобам все новые и новые, что в свою очередь заставит сомневаться в правильности его познаний.

Рене-Занд (цит. по Компанейцу) рекомендует врачу-эксперту держаться следующих правил при исследовании испытуемых: врач должен во время исследования соблюдать полное беспристрастие во всем, что касается показаний испытуемого и располагать его в свою пользу своим обращением. Неуместное раздражение и обвинение испытуемого в симуляции с самого начала может затруднить исследование до крайней степени. Косвенное наблюдение во время исследования, до него и после него должно пополнять собою прямое наблюдение.

Исследование всегда должно быть точным и полным, хотя бы случай казался ясным с самого начала. Не следует поэтому пренебрегать ни одним диагностическим средством и в затруднительных случаях лучше всего помещать испытуемого для продолжительного наблюдения в лечебное учреждение, так как, время является лучшим помощником для врача в этом трудном деле. Необходимо раз навсегда отказаться от всяких предвзятых мнений, нужно отказаться от крайних взглядов, согласно которым одни врачи видят во всяком испытуемом симулянта, другие, напротив, обиженного. Беспристрастное исследование должно само показать, с кем мы имеем дело. Никогда не следует давать заключения раньше, чем, мы не получим полной уверенности в правильности нашего исследования, так как в противном случае мы слишком часто рискуем либо причинить испытуемому большую несправедливость, либо сильно себя дискредитировать. Не следует отвергать таких данных, предъявленных нам испытуемым, которые не согласуются с современным положением медицинских знаний, признавая их ввиду этого симулянтами. Дело в том, что медицина с каждым днем идет вперед и наши знания во всех областях ее далеко не могут считаться законченными. В этом отношении интересны слова Туано: при экспертизе следует всегда быть достаточно предусмотрительным и помнить, что диагностика симуляции может иногда зависеть от нашего незнания болезненных процессов, и то, что нам сегодня кажется согласно нашим знаниям симуляцией, может завтра оказаться общепризнанным болезненным состоянием. Не следует никогда относиться с полным недоверием к жалобам потерпевшего, которые не могут быть обнаружены путем объективного исследования, ибо некоторые болезни характеризуются полным отсутствием объективных болезненных симптомов. Мы лишь вправе подозревать аггравацию там, где обнаруживается слишком сильное несоответствие между субъективными жалобами и данными объективного исследования. С другой стороны, нахождение несомненных признаков заболевания не исключает еще возможности симуляции или аггравации. Все эти советы полностью сохраняют свою силу и в настоящее время. Из этого не следует, конечно, делать вывод о чрезмерной трудности или даже невозможности распознавания симуляции. Наоборот, в настоящее время клиническая диагностика обладает таким обширным арсеналом общих и специальных методов исследования, что симуляция болезней становится все более и более трудной. Врач, умело пользующийся всеми необходимыми в каждом конкретном случае

методами исследования и учитывающий возможные ошибки диагностики, всегда выйдет победителем в борьбе с симулянтом.

Необходимо остановиться на значении для диагноза симуляции отдельных признаков и симптомов. Субъект сознательно симулирующий какое-либо заболевание преследует определенную цель, в частности имеет в виду постоянное или временное освобождение от исполнения обязанностей военной службы. Но не всегда по первому впечатлению можно связывать явления, следующие одно за другим. Например, перед назначением в трудный наряд или в разведку субъект заявляет о своей болезни. Он может быть симулянтом, но может оказаться и действительно больным.

Приведу следующий пример из периода гражданской войны. В одном стрелковом полку, расположенном в горной местности, в начале зимы в санитарную часть стали обращаться в большом количестве бойцы с жалобами на сильные ломящие боли в икрах. Никаких объективных изменений обнаружено не было. Число обращавшихся увеличивалось с каждым днем. Командование считало их симулянтами, желавшими избежать трудных тактических занятий, и требовало от санитарной части не освобождать обращавшихся с подобными жалобами от занятий, с чем врачи не соглашались. Через 2–3 недели к жалобам на боли в ногах стали присоединяться жалобы на разрыхление и кровоточивость десен. Стало ясным, что боли в ногах, не сопровождавшиеся в начале никакими другими объективными признаками, были первыми симптомами начинающейся цынги. Приведенный пример очень хорошо иллюстрирует и относительную ценность другого признака появления однородного заболевания у группы лиц в одной части.

Значение субъективных симптомов. Известно, что симулянты охотнее представляют субъективные расстройства, симуляцию которых труднее доказать. Поэтому у экспертов нередко можно встретить скептическое отношение к субъективным ощущениям испытуемого и нежелание считаться с ними, что совершенно неправильно. Разве всегда могут быть диагностированы многие субъективные ощущения: головокружение, головные боли, невралгия, общая слабость и т.д.? А эти симптомы могут появиться в начальном периоде очень тяжелых заболеваний. Головная боль может быть симптомом водянки мозга, опухоли мозга, повышения внутричерепного давления. Проходящие параличи, афазии, связанные со спазмами сосудов головного мозга (так называемые ангиоспатические гемиплегии, афазии). Бессимптомно могут протекать очень многие заболевания и даже такие, как крупозная пневмония, перитонит и др. Добросовестный врач не может не считаться с субъективными симптомами и не придавать им никакого значения. Внимательное и всестороннее обследование и тщательное наблюдение испытуемого дадут возможность врачу правильно оценить предъявляемые субъективные симптомы.

Значение объективных симптомов в свою очередь нельзя переоценивать и принимать их на веру. Кровотечения, рвота, желтуха, флегмоны, грыжи и многие другие могут иметь искусственное происхождение. Следовательно, неправильно расцененные объективные симптомы тоже могут привести к ошибочному заключению.

Значение внезапного выздоровления также не следует переоценивать. Внезапное выздоровление очень часто наблюдается не только у симулянтов, но у истериков и невропатов от применения самых невинных лечебных и не лечебных средств и манипуляций.

Огромную роль в этом играет внушение. Внезапное выздоровление может наступить при электризации, гипнозе и даже применении индифферентных средств. Например, физиологический раствор поваренной соли, данный больному страдающему бессонницей, вместо брома, подействовал очень быстро, как снотворное средство.

Таких примеров можно было бы привести множество.

С другой стороны, нужно иметь в виду, что симулянт, чувствуя свое разоблачение, может симулировать медленное выздоровление.

Основным и решающим в диагностике симуляции является тщательное объективное всестороннее и специальное клиническое исследование. Диагностика симуляции — это клиническая диагностика заболевания. Для диагностики симуляции должны применяться все объективные методы исследования, которыми пользуется в настоящее время клиника (рентген, лабораторное, химическое и биологическое исследования и т.д.).

Учитывая все, что было сказано относительно тесной связи истерии и симуляции и возможности ошибочного диагноза, нужно поставить за правило обязательное неврологическое, а иногда и психиатрическое обследование лиц, заподозренных в симуляции.

Некоторые методы, применявшиеся ранее для диагноза симуляции и имевшие целью вырвать признание у испытуемого, должны быть решительно осуждены; и запрещены, как противоречащие принципам советской медицины. Они могут применяться только в качестве терапевтических средств. К таким методам относятся хлороформенный наркоз, гипноз, электризация и т.п.

Хлороформенный наркоз далеко не безразличное мероприятие, которое может причинить не только вред, но и вызвать неожиданную смерть пациента. Врач, применивший наркоз для диагностики симуляции, в случае смерти пациента, помимо тяжелой моральной ответственности, несет и уголовную ответственность. Эта ответственность не снимается с него и в том случае, если врач предварительно заручился согласием судебно-следственных органов. Последние могут не только недооценивать, но просто не знать опасности хлороформенного наркоза. К тому же испытание под наркозом даже в случае положительного результата еще ничего не доказывает. Представим себе, что субъект, предъявляющий афонию, заговорил под наркозом громким голосом. Это доказывает, что у него нет органических поражений, и что врач имеет дело либо с симуляцией, либо с истерией. Но это не дает еще основания врачу утверждать, что он имеет дело с злостным симулянтом, а не истериком.

Точно так же под наркозом исчезнут истерические контрактуры, параличи, дрожания и другие симптомы не органического происхождения. Сам по себе этот факт еще не доказывает симуляции.

Гипноз, как способ диагностики симуляции не должен применяться, ибо признание в симуляции под гипнозом опять-таки не имеет доказательной силы. Загипнотизированный субъект может отвечать то, что внушит ему врач, и сознание в симуляции может быть не чем иным, как внушением. В настоящее время гипноз, как лечебное средство, применяется для обезболивания родов. Если принять, что гипноз является методом для диагноза симуляции, то придется признать, что родовые боли — симуляция, так как под гипнозом эти боли исчезают.

Электризация может применяться как лечебное и диагностическое средство в обычных терапевтических дозах. Нельзя забывать, что и при лечебной электризации возможны случаи внезапной смерти, как и при наркозе. Поэтому применение чрезмерной электризации для выявления симуляции недопустимо. По этому поводу Шавиньи остроумно заметил: «При применении более сильного фарадического тока будет нетрудно заставить сбежать из больницы всех находящихся там хроников, и каждый такой больной согласится признаться в симуляции, лишь бы избежать такого агрессивного лечебного мероприятия. Признания в излечении, вырванные у больных подобного рода способами, мне всегда казались сугубо подозрительными. Чрезмерная электризация, при невозможности поставить диагноз, является маленькой подлостью, это только безопасная попытка для эксперта и для больного».

Не нужно думать, что объективные методы клинического исследования являются абсолютно надежным средством распознавания симуляции. Очень многое зависит от того, кто и как этими средствами владеет, т.е. от личности врача.

Многие крупные страховые и военные эксперты (Беккер, Шавиньи и другие) не без оснований большое значение в деле распознавания симуляции и членовредительства отводят роли личности врача-эксперта. Безусловно необходимо, чтобы с этим считались и судебно-следственные органы. Среди врачей экспертов можно встретить две крайности в отношении их к симуляции. Одни заранее видят в каждом испытуемом симулянта и, не желая придавать какое-либо значение субъективным жалобам, относятся скептически и к объективным данным. Такие врачи, по выражению Дюбуа, отличаются от ветеринаров только кругом своей клиентуры. Другие врачи, наоборот, не видят симуляции даже там, где она явно выражена. В таком ответственнейшем деле, каким является экспертиза симуляции, членовредительства, не говоря уже об обычной врачебной деятельности, обе эти крайности абсолютно нетерпимы. Далее опыт показывает, что молодые врачи, не имеющие достаточного опыта, находят больше симулянтов, чем более опытные, старые врачи. Понятно, что молодой врач не накопивший достаточного опыта, может быть склонен встречающиеся непонятные симптомы или заболевания, с которыми он сталкивается впервые, объяснить симуляцией, а не своим незнанием вследствие недостатка опыта. Чем опытнее врач, тем скорее и лучше он разберется, с кем он имеет дело — с действительно больным или с симулянтом.

Ошибки диагностики симуляции

Ошибки при распознавании симуляции — это те же врачебные диагностические ошибки, обусловленные теми же самыми причинами, какие вызывают диагностические ошибки в повседневной врачебной практике. Как известно диагностические ошибки составляют основную

массу врачебных ошибок. Но между диагностическими ошибками в повседневной работе врача и диагностическими ошибками в экспертизе симуляции имеется существенная разница. Диагностические ошибки повседневной практики нередко бывают вынужденными. Например, врач, обязанный оказать экстренную помощь, располагает иногда лишь несколькими симптомами, ограничен во времени для постановки диагноза и вынужден бывает активно вмешаться в болезненный процесс, так как этого требует состояние больного. В других случаях врач ставит ошибочный диагноз в силу кратковременности пребывания больного под его наблюдением. В этих случаях вынужденные врачебные ошибки иногда могут быть неизбежны и этим самым оправданы. Диагностика симуляции исключает элемент экстренности и кратковременности наблюдения. Врач всегда имеет право поставить перед следственными органами вопрос о необходимости испытания подозреваемого в симуляции в лечебном учреждении, в течение определенного срока. Свое требование врач должен, конечно, обосновать солидной аргументацией. И он может быть уверен в том, что судебно-следственные органы всегда пойдут ему навстречу, так как они прежде всего заинтересованы в выяснении истины. Следовательно, ошибки, вызванные поверхностным, скороспелым обследованием подозреваемого в симуляции субъекта, всецело ложатся на ответственность врача и не могут быть оправданы необходимостью немедленно дать заключение.

Диагностические ошибки могут быть также следствием: 1) невежества, 2) небрежного, недобросовестного отношения к своим обязанностям, 3) незнания, 4) особой сложности заболевания.

Медицинское невежество врача явление, несомненно, очень редкое, но все же оно встречается, как показывает практика экспертизы по врачебным делам» и с ним нельзя не считаться.

Приведу примеры из практики комиссии по врачебным делам при Московской областной судебно-медицинской экспертизе.

Врач не распознал доношенной беременности и начал делать аборт (операцию выскабливания). Промучившись с женщиной целый день, врач повез ее в соседнюю больницу, где извлекли доношенного ребенка. Женщина на 4-й день умерла от общего заражения организма. Подобная «диагностическая ошибка» могла быть объяснена только полным медицинским невежеством врача.

Медицинское невежество обычно сочетается с недостаточным общим культурным уровнем врача и общей его неграмотностью,

Чтобы не быть голословным, приведу образец заключения о причине смерти, данное одним «судебно-медицинским экспертом». Заключение приводится с сохранением орфографии: «Смерть наступила вследствие сильного общего исхудания, малокровия и общей слабости организма. Во время елочных праздников 1 января принял большое количество спиртных напитков, после чего получился опьянение и, повидимому, под страхом постоянных угроз, идя по дороге, сбился с дороги. При упадке физической силы вынужден был лежать на снегу около леса некоторый промежуток времени, после чего сильно прозяб. Получился небольшое окоченение конечностей, находился в бессознательном состоянии. После всего вышеизложенного появился общий паралич центральной нервной системы и в виду малокровия, получился упадок сердечной деятельности, находясь в больнице (1–7 января) не приходя в сознание и после чего умер». Прибавить к этому заключению нечего. Мы не можем останавливаться здесь на том, как такой человек мог окончить высшее учебное заведение и получить диплом. Правда, такие факты единичны, но не считаться с ними нельзя. Сколько непоправимого вреда может принести такой врач в роли «эксперта» по делам о симуляции и членовредительстве.

Небрежное, недобросовестное, халатное отношение врача к своим обязанностям питает вторую, наиболее частую и обширную группу диагностических ошибок. Небрежное и недобросовестное отношение может проявляться в различных формах. Диагностическая ошибка может быть вызвана небрежным, торопливым, поверхностным исследованием испытуемого или больного, невнимательным отношением к его жалобам или нежеланием произвести детальное обследование.

Пример: военный служащий часто обращался в санитарную часть с жалобами на боли в животе и другие расстройства. Время от времени он получал освобождение от работ. Наконец, в освобождении было отказано, и врач заявил ему, что он симулирует. Через несколько дней больной упал на занятиях, его отправили в госпиталь, где во время экстренной операции обнаружили прободную язву желудка. Врач был привлечен к уголовной ответственности и понес заслуженное наказание.

ние. Внимательный осмотр больного и анализ его жалоб безусловно заставил бы врача направить мнимого симулянта на испытание в госпиталь.

Весьма серьезным злом и одной из наиболее частых причин диагностических ошибок, является предвзятый подход к больному. Предвзятость объясняется отсутствием самокритики врача в своей работе, излишней и необоснованной уверенностью в своих знаниях, опыте и «проницательности». Это приводит в свою очередь к поверхностному осмотру больного, пренебрежительному отношению к его жалобам, постановке диагноза на ходу из-за стремления щегольнуть своей наблюдательностью. Плачевные результаты подобной диагностики сказываются прежде всего на больном; но врач также иногда не дешево расплачивается за свои ошибки. Не всегда такие действия врача могут быть названы ошибками. Иногда они по праву квалифицируются как преступление.

Пример: молодой человек 22 лет поздно вечером выпил со своим приятелем стакан зубровки. В 2 часа ночи он почувствовал себя плохо. Его сестра пошла в амбулаторию. Там ее встретил врач, который, узнав, что больной накануне выпивал, отказался осмотреть его, заявив при этом, что к пьяным он не ходит. Никакие просьбы и уговоры не помогли. Через два часа состояние больного ухудшилось и его сестра вновь пошла в амбулаторию, врач снова отказался пойти и только после настойчивых просьб с большой неохотой пошел к больному, предупредив его сестру об ответственности за ложный вызов. Взглянув на больного и ощупав его живот, врач подтвердил диагноз опьянения и ушел. В 6 час. утра родственники привезли больного в ту же амбулаторию, где были приняты тем же врачом. Узнав больного, врач не только не стал осматривать его, но пригрозил родным оштрафовать их за ложный ночной вызов к пьяному. В правильности своего диагноза этот врач уверил и остальных врачей амбулатории. Больной пролежал во дворе амбулатории до 9 час. вечера. За это время его также поверхностно осматривали еще 4 врача. От одного из них больной получил справку об освобождении от работы на один день с замечанием: «пьяным больничные листы не выдаются». Лишь в 9 час. вечера опять-таки по настоянию родных пятый врач вызвал машину и направил больного в больницу. Два врача, осмотревшие его в приемном покое больницы, заявили родным: «Где же вы были? Почему не привезли его раньше? Теперь положение безнадежно и оперировать его уже поздно». Через два часа больной умер от воспаления брюшины, развившейся в связи с прободением язвы желудка. Своевременно поставленный диагноз и оперативное вмешательство могли бы спасти больному жизнь. Врач был приговорен к тюремному заключению и запрещению заниматься врачебной практикой после отбытия наказания. Но последствия его диагностической «ошибки» исправить ничем нельзя. Точно так же и при диагностике симуляции смерть может доказывать невиновность человека, заподозренного в симуляции. Шавиньи упоминает о пяти таких случаях.

Незнание врача следует отличать от невежества. Это не одно и то же. Поступательное движение науки вперед, прогресс в различных областях медицинских знаний привели не только к численному увеличению количества медицинских специальностей, но и к чрезмерному расширению отдельных медицинских дисциплин. Медицинская литература огромна. Самый культурный, высокообразованный и опытный врач не в состоянии уследить за всеми новейшими достижениями во всех отраслях медицины. Он может не знать вновь открываемых болезней и симптомов, описания которых то и дело появляются в медицинской прессе. Такой врач при самом внимательном и добросовестном, отношении к испытываемому может впасть в невольную ошибку и признать больного за симулянта. Ошибки возможны и вследствие того, что заболевания, даже очень тяжелые иногда протекают бессимптомно. В литературе описаны случаи самоубийства лиц, подозреваемых в симуляции, у которых врачам при самом тщательном обследовании не удавалось обнаружить никакого заболевания (Гольман).

Сложность картины заболевания также нередко бывает причиной диагностических ошибок. Одни и те же симптомы и комплексы симптомов могут наблюдаться при совершенно различных заболеваниях. С другой стороны, одна и та же болезнь у различных людей может проявляться по-разному. Особенно сложные симптомокомплексы наблюдаются при органических и функциональных заболеваниях нервной системы. Диагностические ошибки, обусловленные сложностью клинической картины, имеют меньшее значение при диагностике симуляции, так как ошибка относится к оценке характера или тяжести заболевания.

При распознавании симуляции врач несет огромную моральную ответственность. Ни на одну минуту он не должен забывать, что дело идет о чести, свободе, а иногда и жизни человека. Ответственность увеличивается тем доверием, которое оказывает врачу советский закон. Поэтому

врач должен прилагать все свои силы, опыт и знания, чтобы избежать двух крайностей. С одной стороны, он должен избегать малейшей мягкотелости при выявлении заведомых симулянтов, передавать их в руки правосудия, чтобы трус и шкурник не ушел от справедливого наказания. С другой стороны, он не должен допустить, чтобы из-за его ошибок честный советский гражданин, подвергся позорному обвинению и незаслуженному наказанию, как симулянт.

*

**

Все, что было сказано выше о симуляции должно убедить работников военной юстиции и врачей в том, что распознавание симуляции дело очень трудное, сложное и ответственное. Значит ли это, что установление симуляции малодоступно или даже безнадежно? Конечно, нет. Основная масса случаев симуляции не представляет сколько-нибудь значительной трудности для распознавания. Способы и формы симуляции большей частью просты и шаблонны, а иногда настолько грубы и наивны, что могут быть распознаны и малоопытным врачом. Но для того, чтобы ясно представить себе всю полноту этой проблемы, безусловно необходимо иметь представление и о тех трудностях и сложностях, с которыми приходится встречаться при экспертизе симуляции. Правильный, не предвзятый подход, тщательное и полное обследование испытуемого, позволят врачу избежать ошибки, поставить точный диагноз и распознать злостную симуляцию там, где она имеет место.

Симуляция отдельных симптомов

Симуляция лихорадки

Одним из объективных симптомов, указывающих на наличие заболевания, является повышение температуры, что используется симулянтами для получения освобождения, отпуска или помещения в госпиталь. В больничной обстановке, при недостаточном наблюдении, симуляция повышения температуры и лихорадочного состояния может продолжаться. Для большей убедительности к повышению температуры симулянт присоединяет ряд других жалоб: на недомогание, общую разбитость, головную боль, боли и ломоту в мышцах и т.п. При недостаточно внимательном обследовании обман симулянту удастся. Повышение температуры симулируют, добиваясь подъема ртути в термометре на несколько десятых и целый градус. Это получают частым постукиванием по градуснику, трением термометра пальцами или о какую-нибудь часть тела, одежду и т.п. При измерении температуры в заднем проходе ртуть в термометре может подняться от частых, повторных сокращений сфинктора. Учитывая возможность контроля со стороны медицинского персонала при измерении температуры, симулянты прибегают к раздражению кожи подмышечной впадины натиранием солью, спиртом, прикладыванием на несколько часов повязки с тертым чесноком, настоем шпанских мушек, табачными листьями и другими раздражающими веществами, отчего температура в подмышечной впадине поднимается на один и больше градус. Если повышение температуры не находит себе объяснения и не подтверждается другими объективными симптомами то врач должен проверить измерение температуры при себе. Не лишним оказывается одновременное измерение температуры в обеих подмышечных впадинах, не забывая однако, что и у здорового человека может быть разница в несколько десятых градуса между показаниями температуры в обеих подмышечных впадинах. Отсутствие других патологических симптомов при повышении температуры еще не доказывает симуляции. Врач не должен забывать об упорных субфебрилитетах различного происхождения (инфекционного и неинфекционного, вегетоневрозах, эндокринных расстройствах и т.д.). Поэтому обман может разоблачить добросовестное, тщательное клиническое обследование.

Симуляция кровотечений

Симулируются различные кровотечения: носовое, легочное, желудочное, кишечное, геморроидальное, из половых органов и мочевого пузыря. В некоторых случаях кровотечение является чистой симуляцией, в других оно связано с членовредительством. В одних случаях за кровь выдают те или иные красящие вещества, в других же — к выделениям подмешивают кровь животных или свою собственную. Симуляция кровотечения выдается за симптом тяжелого заболевания (туберкулеза легких, язвы желудка), с этой целью она, и производится. Кровь не только подмешивается к выделениям, но ею пачкают края естественных отверстий; нательное и постельное белье, чтобы придать больше правдоподобия кровотечению.

Носовое кровотечение вызывается повреждением слизистой оболочки полостей носа (см. Членовредительство) или же края отверстий носа вымазываются своей кровью или кровью животного. Такая примитивная симуляция легко распознается. Повреждение слизистой оболочки обнаруживается специальным обследованием полостей носа.

Легочное кровотечение симулируется в качестве симптома туберкулеза легких (см. стр. 54) — кровохарканья. Кровь высасывается из дёсен или предварительно надрезается, расковыривается, изъязвляется слизистая оболочка в области дёсен, языка, нёба, носоглотки. При повторном, напряженном кашле, выделяющаяся иной раз в значительном количестве кровь выплевывается и выдается за кровавую мокроту. В других случаях проглатывают человеческую кровь или кровь животного или какие-нибудь красящие вещества (свеклу, кармин, эозин), которые с рвотой, при отрыгивании или сильном кашле выделяются с пищей или напитками изо рта. Симулянты могут присваивать кровь и мокроту больных, переливая их в свои плевательницы или подменяя плевательницы.

Желудочное и кишечное кровотечение симулируется таким же способом, путем выделения «кровавой» рвоты. Упоминается о способе вызывания кровавой рвоты приемом внутрь натошак поваренной соли с последующим похлопыванием по животу, раздражением задней стенки глотки и т.п.

Геморроидальное кровотечение симулируют, подбавляя свою или чужую кровь, кровь животных, птиц к испражнениям или вызывают кровотечение, повреждая слизистую оболочку прямой кишки.

Кровотечение из мочеиспускательного канала возникает после повреждения слизистой оболочки уретры (см. Членовредительство).

Кровотечение из мочевого пузыря симулировали введением в мочевой пузырь шприцем или спринцовкой крови обычно чужеродной (см. Гематурию). Распознавание: прежде всего необходимо исключить те заболевания, которые могут дать кровотечение (туберкулез легких, язва желудка и др.). Хороший вид, упитанность субъекта отнюдь не противоречат возможности тяжелого заболевания, и кровотечение может быть только первым симптомом его. Вторым моментом является осмотр соответствующих полостей и каналов (носа, рта, прямой кишки, уретры), где могут быть обнаружены свежие повреждения слизистых оболочек, следы крови в складках слизистой естественных отверстий. Третий этап — осмотр и лабораторное исследование выделений. Особое внимание должно быть обращено на обнаружение крови (спектральное, микрокристаллическое исследования) и определение вида ее (биологическая реакция). Опытный клиницист многое может вынести уже из простого осмотра выделений.

Симуляция рвоты

Рвота наблюдается как симптом при многих заболеваниях. Распознавание болезни на основании одного симптома — рвоты невозможно, а требует полного клинического обследования. Рвоты довольно часто вызываются искусственно. Симулянт пытается этим вызвать некоторое истощение или изобразить тяжелое заболевание. Иногда, несмотря на повторные, частые рвоты питание испытуемого не нарушается, так как с рвотой извергается только часть пищи (что можно проверить взвешиванием пищи и рвотных масс) или симулянт питается тайком. Рвота может быть вызвана приемом рвотных средств и различными способами (раздражением задней стенки глотки, позывами на рвоту и др.). Повторные и частые рвоты без каких-либо причин у субъектов с хорошим питанием подозрительны на симуляцию. Помимо подробного клинического обследования, лабораторного исследования рвотных масс и постоянного наблюдения, следует произвести осмотр личных вещей у испытуемого, где могут быть обнаружены рвотные средства.

Симуляция желтухи

Желтуха — объективный и довольно яркий симптом многих заболеваний, заставляет врачей госпитализировать больных с желтухой для выяснения диагноза. Поэтому симулянты охотно прибегали к симуляции желтухи в период империалистической войны 1914–1918 гг. Многие средства могут вызвать желтуху: вдыхание дыма сигар, пропитанных масляным раствором фосфора, парами шафрана, настойками корня куркумы, ревеня, камфарой в больших дозах, сантонином или цитварным семенем, смесью табака и серы, неизвестными гемолитическими веществами и рядом других средств. Особенную известность в качестве средства для вызывания желтухи получила пикриновая кислота. Пикриновая кислота широко применяется при изготовле-

нии взрывчатых веществ. Желтуху вызывают очень небольшие количества пикриновой кислоты. Желтушное окрашивание кожи и склер в течение нескольких часов может вызвать иногда 0,02. Прием пикриновой кислоты в суточной дозе от 2 до 6,5 дециграмма вызывает в течение нескольких дней желтуху. Некоторые военные эксперты считали, что достаточно проглотить содержимое одного патрона, чтобы вызвать желтуху. В малых дозах пикриновая кислота мало токсична. Большие дозы и длительное применение действуют токсически, в частности на печень. Симулянты за сутки до освидетельствования принимали два порошка по 0,75 и в дальнейшем через каждые 5 дней по 0,2–0,3 пикриновой кислоты для поддержания развившейся желтухи. Так как кислота окрашивает слизистые оболочки в желтый цвет, то ее принимают обычно в бумажке.

Распознавание: у симулянтов при обыске может быть обнаружена пикриновая кислота или ее следы в карманах, на бумажках, пальцах, губах или в виде мелкокристаллического желтого порошка или желтого окрашивания кожи в слизистых. Кал при пикриновой желтухе не обесцвечен, хотя имеются указания, что обесцвечивание кала может быть, повидимому, вызвано повторными приемами соляной кислоты. Обнаруженная пикриновая кислота или ее следы должны быть изъяты в качестве вещественного доказательства. Большое доказательное значение имеет исследование крови и мочи на присутствие пикриновой кислоты. В моче при пикриновой желтухе отсутствуют желчные пигменты. Правда, при длительном приеме пикриновой кислоты желчные пигменты могут появляться в моче. Безусловным доказательством искусственной желтухи будет обнаружение в моче пикриновой кислоты или ее дериватов. При отравлении пикриновой кислотой в моче могут появиться белок и кровь. При появлении подозрительных на симуляцию больных с желтухой нужно возможно скорее произвести исследование мочи. Быстрое исследование необходимо потому, что симулянты увеличивают дозы пикриновой кислоты, которая, действуя токсически на печень, а также вызывая гемолиз, ведет к появлению желчных пигментов в моче. Исследование мочи при пикриновой желтухе на желчные пигменты дает отрицательный результат. Открытие в моче, крови и кале пикриновой кислоты и ее дериватов возможно следующими способами (по Карвальо).

Исследование мочи: а) достаточное количество мочи подкисляется серной кислотой, помещается на водяную баню и обрабатывается алкоголем. Жидкость фильтруется. Фильтрат медленно выпаривается на водяной бане и извлекается эфиром с тем, чтобы удалить из него все составные части мочи. В эфирный фильтрат вносится белая обезжиренная шерстинка, и жидкость выпаривается на водяной бане. В случае присутствия пикриновой или никраминовой кислоты шерстинка после мытья с мылом сохраняет более или менее насыщенную желтую или желто-оранжевую окраску. Окраска извлекается при погружении шерстинки в горячий раствор аммиака, с которым после этого можно проделать характерные реакции на пикриновую и никраминовую кислоту.

б) Способ Арена. В мочу, подкисленную несколькими каплями крепкой серной кислоты, на несколько часов опускается обезжиренная шерсть. Пикриновая кислота фиксируется на шерсти, которая после этого обрабатывается горячим, крепким раствором аммиака. К извлечению добавляют 2 куб. см. 2% раствора красного или зеленого цитрата аммиачного железа так, чтобы обе жидкости не смешивались. В присутствии пикриновой кислоты на границе двух слоев тут же появляется характерное красное кольцо.

Исследование крови: 15–20 куб. см. крови смешивается в пробирке с равным количеством 25% водного раствора трихлоруксусной кислоты. Смесь встряхивается и фильтруется до получения прозрачного фильтра. Если пикриновой кислоты нет, то жидкость будет бесцветна. Более или менее интенсивная пикриново-желтая окраска свидетельствует о присутствии пикриновой кислоты. Одновременно необходимо ставить контрольный опыт с нормальной кровью. Метод надежен, так как положительный результат получается только при пикриновой желтухе.

Исследование испражнений: около 40,0 кала смешивают с 30,0 серной кислоты крепостью 1:4 и фильтруют. Фильтрат взбалтывают с хлороформом или эфиром и выпаривают на водяной бане. Сухой остаток обливают 1–2 куб. см. дистиллированной воды, фильтруют и с фильтратом проделывают реакции на пикриновую кислоту.

В моче пикриновая кислота обнаруживается в первые 6 дней после приема при содержании ее не менее 5 миллиграммов на литр.

Токсическая доза пикриновой кислоты около 10,0. Симптомы отравления: боли в животе, желтуха, рвота массами желтого цвета, понос. В моче — белок и кровь. В организме пикриновая кислота превращается в пикрамин и пикраты.

Симуляция патологии мочевого выделения

Симуляция может относиться к количеству выделяемой мочи (в виде анурии или полиурии) или же изменению качества ее (альбинурии, глюкозурии, гематурии). Симуляция патологии мочевого выделения имеет целью заставить врачей предположить наличие у симулянта тяжелого заболевания (нефрита, диабета и др.). Эти способы симуляции легки и доступны. Они могут встречаться только у лиц, знающих и понимающих сущность и значение патологии мочевого выделения. Некоторые же способы симуляции (например, прием: флоридзина для симуляции глюкозурии) указывают на специальные познания, или же на квалифицированного пособника симулянта. Изменяя количество или качество мочи, симулянт должен иметь, следовательно, представление о том, какое заболевание он симулирует.

Симуляция анурии — прекращение мочеотделения встречается нередко. Заявление о прекращении мочеотделения, при отсутствии уремических явлений само по себе вызывает подозрение в симуляции. Симулянты проявляют невероятную стойкость и изворотливость даже при самом тщательном наблюдении. Они мочатся тайком, иногда доливают своей мочей чай или кофе, могут очень долго задерживать мочеиспускание. Обследование почек и мочевого пузыря и наблюдение в течение нескольких дней позволяют легко разоблачить обман. Беккер полагает, что такой вид симуляции никогда не практикуется здоровыми субъектами, а характерен главным образом для тяжелых истериков.

Симуляция полиурии — выделения большого количества мочи, симптома, характерного для несахарного мочеизнурения, явление сравнительно редкое и достигается или усиленным питьем жидкостей или подливанием воды к своей моче, а также приемом мочегонных средств. У таких симулянтов рекомендуется (Надеждин) собирать мочу за сутки и, установив число мочеиспусканий, определить среднюю емкость мочевого пузыря. Наблюдения нескольких дней подряд должны давать приблизительно одни и те же результаты. Проверка увеличенной емкости мочевого пузыря может быть достигнута введением теплого 2% раствора борной кислоты; свойства мочи могут быть проверены в различное время и несколько раз непосредственным получением мочи от испытуемого. Основным же является детальное клиническое обследование.

Симуляция патологических свойств мочи (присутствие в моче белка, крови, сахара)

В больничной обстановке возможна подмена испытуемым своей мочи мочей, взятой у заведомо больных воспалением почек или сахарным мочеизнурением. Чаще, однако, встречается подмешивание к моче различных веществ. В некоторых случаях подобная симуляция груба, примитивна и наивна. Подмешивают, например, толченый кирпич, муку, растертую землю; для симуляции хронической гонорреи подмешивают хлопчатобумажные волокна, курительный табак или табачную пыль и т.п. Подобные уловки легко разоблачаются. Большую опасность представляют «квалифицированные» случаи прибавления таких веществ, которые действительно симулируют патологические примеси (белок, кровь, сахар).

Симуляция альбинурии. Присутствие белка в моче симулируют прибавлением к моче куриного белка или противодифтерийной сыворотки. Куриный белок распознается биологической реакцией. При кипячении мочи хлопья куриного белка более крупные иногда имеют вид комков белого цвета. Моча с примесью куриного белка густая, тягучая.

Симуляция гематурии. Кровь примешивается к моче своя или чужеродная (кровь животных); своя кровь насыщается из десен или, если у испытуемого имеется геморрой, примешивается из геморроидальных шишек. Известны факты введения крови шприцем или спринцовкой непосредственно в мочевой пузырь, а также повреждение слизистой мочеиспускательного канала. Если кровь свежая, то мочу нужно получать отдельными порциями. При повреждениях слизистой оболочки уретры последующие порции мочи содержат меньшее количество крови. Иногда необходима цистоскопия и уретроскопия и, конечно, лабораторное исследование мочи.

Симуляция глюкозурии. Прибавлением сахара или сахаристых веществ симулируют сахарное мочеизнурение — диабет. Виноградный сахар подмешивают редко. Опытные симулянты подмешивают обычный сахар. Присутствие другого сахара, не виноградного, может быть доказано лабораторным исследованием. На симуляцию, кроме того, указывает иной раз чрезмерно большое количество сахара в моче. Помимо указанных способов глюкозурию получают введением

флоридзина или флороглуцина. Некоторые симулянты вводят себе в мочевого пузырь патологическую мочу от больных диабетом, воспалением почек и другими заболеваниями, характеризующимися изменением нормальных свойств мочи. При обследовании субъектов, симулирующих заболевание почек, от врача требуется большое внимание и наблюдательность, так как симулянты бывают необычайно ловки и изобретательны. Один заведомый симулянт долгое время не мог быть изобличен, так как и в присутствии врача выделял мочу, в которой обнаруживался сахар. В конце концов было установлено, что он перед мочеиспусканием обмакивал палец в мед, полученный при передаче, и мочился вдоль пальца. Врач должен присутствовать при мочеиспускании или неоднократно брать мочу катетером, сам проверять при этом лабораторное исследование или производить анализ лично. Основным же является подробное клиническое обследование.

Недержание мочи

Среди тех заболеваний, которые представляют значительные трудности для диагностики и в то же время нередко симулируются, одно из первых мест занимает недержание мочи. Испытуемые проводят в госпиталях продолжительное время и подвергаются самому подробному и всестороннему клиническому обследованию, тем не менее иной раз они выписываются без определенного диагноза. Объясняется это тем, что до сих пор остается неизвестно и причина или вернее причины этого заболевания. До сих пор врачи не отличают причины от сопутствующего заболевания (Левин). Медицинская литература относящаяся к этому вопросу, огромна. Работники военной юстиции должны знать, что диагностика симуляции недержания мочи дело далеко не простое и легкое и что нельзя каждого страдающего недержанием мочи рассматривать, как заведомого симулянта. Левин предлагает различать следующие причины недержания мочи: а) психонейропатические, б) местные урологические, в) эндокринные и г) смешанные. В этих направлениях и должно вестись исследование испытуемых. Тот же автор различает три формы подержания мочи: атоническую, раздражительную и смешанную. Недержание мочи — заболевание преимущественно детского возраста, но и среди взрослых эта болезнь не составляет исключительной редкости. Среди обследованных Левиным 350 человек было много больных, которые соглашались ни на какие мероприятия вплоть до операции. Были красноармейцы 2-го года службы, мало заинтересованные в уходе из армии, были и подлежащие демобилизации, которые перед уходом из армии являлись в госпиталь для излечения от недержания мочи. Но нужно помнить, что симуляция недержания мочи встречается очень часто, так как она весьма проста по выполнению. От врачей лишь требуется давать заключение о симуляции только при полной уверенности в этом, основанной на всестороннем и специальном клиническом исследовании. Недержание мочи может быть постоянным, когда моча сочится непрерывно или выделяется произвольно, малыми порциями, через определенные промежутки времени, и ночное недержание мочи, когда произвольное мочеиспускание имеет место ночью во время сна. Значительные трудности диагностики являются одним из моментов, благоприятствующих симуляции недержания мочи. Как и при других формах симуляции, подозрительным будет появление группы лиц с жалобами на недержание мочи среди одной и той же части или из одной местности, и противоречивые анамнестические данные. При осмотре можно, например, установить отсутствие следов мочи на нательном белье, в то время как постель мокрая. Несмотря на то, что испытуемый заявляет о длительности заболевания, никаких следов раздражения и мацерации кожи в области половых органов, промежности и бедер обнаружить нельзя. Наблюдением можно установить, что мочеиспускание происходит не во сне, а после того, как испытуемый проснулся. Недержание мочи продолжается несмотря на то, что его регулярно будят во время сна, и он воздерживается от питья на ночь. Все это не является абсолютным доказательством симуляции, а лишь основанием для подозрения, так как безусловно объективных способов доказательства симуляции недержания мочи не существует.

Учитывая трудности обследования таких испытуемых, считаем полезным привести методику обследования страдающих недержанием мочи, предложенную Надеждиным. Кстати и военные юристы из этой методики представят себе яснее трудности диагностики. Заключается она в следующем:

1. Анамнез — заявления испытуемых при этом записываются в том содержании, как они предъявляются, усиливая сведения еще подробными распросами о всех моментах недержания мочи; этот анамнез иногда настолько своеобразен, что сразу внушает подозрение относительно симуляции; например многие симулянты на вопрос, почему они не заявляли о недержании мочи при призыве, говорят, что они поступили в армию для того, чтобы полечиться.

Подозрительно отсутствие указаний на нерегулярность ночного недержания мочи; так, симулянты, уклоняясь от четкого анамнеза, на вопрос о степени постоянства недержания мочи, говорят, что это бывает редко, иногда месяц не бывает, а иногда в неделю и даже в ночь несколько раз. Подобный ответ вызывается тем, что в зависимости от условий испытания часть «мочевиков» иногда меняет свое поведение, иногда даже совсем прекращает предъявление этого симптома и потому заблаговременно старается оправдать внезапные перемены в картине болезни.

Из моментов, указывающих на возможность недержания мочи, интересно все, что может подкрепить данные о невропатической конституции — указания на алкоголизм родителей, иную патологическую наследственность, патологические проявления в поведении за время личной жизни свидетелеваемого, наличие каких-либо указаний на моменты, нередко встречающиеся у детей или взрослых попутно с ночным недержанием мочи.

Особо должны быть учтены указания на некоторые острые длительные инфекционные болезни (например, тифы) или хронические болезни, ведущие к перерождению мышц, в том числе и мочевого пузыря: при таких состояниях или в результате больших перерастяжений возможно временное недержание мочи в той или иной степени, впредь до выздоровления.

2. Учет количественной серьезности признаков недоразвития (включая сюда, и наличие крестцовой щели) или иного неправильного развития организма.

Мало вероятно, чтобы испытуемый, вполне удовлетворительно сложенный, обнаружил бы на общем здоровом фоне, сопровождающемся, обычно, нормальными функциями, такой симптом, как ночное недержание мочи, наиболее понятный в качестве недостаточного влияния головного мозга, в связи с недоразвитием или неполноценностью соответствующих путей и импульсов.

3. Состояние нервно-психической сферы свидетелеваемого также следует учесть, так как при обостренных функциональных нервных расстройствах (циститы следует исключить) нередко появляется учащение позывов на мочеиспускание, а иногда и неудержимость их. Эти состояния — «неврозы мочевого пузыря» не следует смешивать с той формой, которая понимается под «ночным недержанием мочи». Наличие «невроза мочевого пузыря» в форме учащения позывов доказать, как увидим ниже, объективным исследованием не представляется трудным.

4. Осмотр внешнего вида мочевых органов, установление иногда того или иного истечения (следы мочи, катарральный секрет) из мочеиспускательного канала, появляющегося или произвольно, или лишь после поглаживания мочеиспускательного канала, после натуживания или воздействия через прямую кишку на простату и семенные пузырьки. Учесть особенности состояния наружного отверстия мочеиспускательного канала и головки члена, осмотреть состояние кожи близ половых органов (экземы, дерматиты).

5. Особые специальные исследования для дальнейшего исключения заболеваний уретры и мочевого пузыря, учитывая результаты пробного мочеиспускания, особенности мочевой струи, качество, каждой из трех последовательно выпущенных порций мочи, данные ощупывания канала и прилежащих частей, результаты обследования мочеиспускательного канала бужами (учитывая при этом проходимость канала, состояние его чувствительности, степень гладкости и наличие утолщений слизистой). Катетеризируя мочевом пузырь, убеждаются в наличии или отсутствии в нем остаточной мочи. Уретроскопия, уретроцистоскопия, цистоскопия и данные микроскопического, химического и бактериологического, в соответствующих случаях, исследования мочи также необходимы.

6. Отметив результаты вышеуказанных обследований, испытуемому в течение 4–8 дней предлагают собирать всю мочу за сутки в особый неградуированный сосуд с отметкой в выдаваемом листочке бумаги количества позывов за тот же период. Обслуживающий персонал ежедневно в тот же час, например, в 9 час. утра, отбирает суточную мочу и сведения о количестве бывших позывов. Делением общего суточного количества мочи на число позывов средний медперсонал по инструкции врачей исчисляет на каждый день испытания среднюю предъявляемую физиологическую емкость мочевого пузыря и иные данные по нижеследующей схеме, отмечая данные в истории болезни на каждый день испытания.

Число месяца Суточное количество мочи

Удельный вес мочи

Число позывов на мочеиспускание за отчетные сутки

Исчисляется емкость мочевого пузыря

Сумма, характеризующая выделение в моче за сутки количеств плотных веществ

Значение данных этой схемы понятно из нижеследующего. При правильных записях испытуемого и собирании им всей мочи за каждый день определяемая физиологическая емкость мочевого пузыря оказывается приблизительно одинаковой, колебания в пределах между максимальной и минимальной из полученных цифр емкости представляют большой интерес не только по учету изменчивости цифр емкости, но и потому, что, зная суточное количество мочи и предъявляемую емкость пузыря, можно предвидеть, через сколько времени должен наполниться пузырь до позыва и когда необходимо испытуемого будить с предложением помочиться, для того чтобы он не обмочился в постели. Не агграванты и не симулянты (а таковыми обычно оказываются больные невротиками мочевого пузыря в форме учащения позывов на мочеиспускание при общей неврастении) в случаях разбуживания через каждые 2–3 часа и более (смотря по частоте позывов и суточному количеству мочи) уже мочеиспусканий в постель не предъявляют; по совокупности же данных всяких обследований дают возможность принять диагноз, по коему обыкновенно бывает достаточно отпуска для восстановления здоровья, так как к тому же, согласно анамнезу, и болезнь-то в таком виде у больного, как правило, появилась недавно.

Предъявленная испытуемым емкость мочевого пузыря может оказаться ложной в случаях, если имеется знакомство с техникой подобных исчислений: поняв из объяснений иных испытуемых, или чаще из чтения руководства значение предъявления относительно постоянной и при том уменьшенной емкости, испытуемый при неградуированном сосуде для собирания мочи или предварительно измеряет его емкость стаканами воды, иногда на глаз, или каждый раз набирает мочу лишь до определенной метки (если сосуд для мочи каждый день тот же самый) и обозначает на каждый день почти, то же самое количество позывов, выделяя остальную мочу в уборной. В результате появляется умышленно подогнанная уменьшенная физиологическая емкость мочевого пузыря.

Менее дальновидные испытуемые стараются как можно больше пить жидкостей и вследствие этого предъявляют учащение позывов на мочеиспускание при умеренно-пониженной емкости мочевого пузыря и пониженном удельном весе.

Совсем не ориентирующиеся в ходе испытания дают обычные для людей нормы среднего суточного количества мочи, но сведения о позывах предъявляют без всякой связи с их действительностью, стараясь представить за каждые сутки возможно больше позывов. В распознавании ложности предъявляемых данных о физиологической емкости мочевого пузыря руководствуются или обнаружением резких колебаний в предъявленной на каждые сутки емкости, или при относительно постоянной, но резко уменьшенной емкости, учитывают существенные колебания в удельном весе мочи, или и то и другое в форме беспорядочных симптомов. Обнаружение этого указывает на неискренность показаний испытуемого или по меньшей мере на невнимательное отношение к заданию собирать всю мочу и точно делать отметки чертой на бумаге о действительно появляющихся позывах; о внимательном отношении к заданию следует хорошо предупреждать испытуемого. Если испытуемый старается как можно больше пить жидкостей с целью чаще переполнять мочевой пузырь днем, то это обнаруживается значительным количеством суточной мочи при низком удельном весе (1010–1007).

Ссылающийся на постоянную жажду, но по существу злоупотребляющий питьем, испытуемый может дать повод думать о наличии у него несахарного мочеизнурения; однако, в таких случаях удельный вес вместо того, чтобы быть не выше 1004, оказывается все-таки выше. Сверх того, в отличие от несахарного диабета, когда емкость мочевого пузыря у испытуемого оказывается повышенной, у испытуемых, несмотря на большие количества суточной мочи, емкость предъявляется пониженной. Таких сомнительных диабетиков мы для установления отсутствия у них диабета вынуждены иногда брать на несколько часов под непрерывный врачебный надзор, причем в этот период не даем им пить или же позволяем пить весьма немного воды, учитывая, однако, количество последней; за время постоянного врачебного наблюдения учитываются количества действительно выделенной мочи при каждом заявленном в присутствии врача позыве на мочеиспускание; в полученных отдельных порциях мочи определяется удельный вес, данные составляют в нижеследующей примерной схеме (время наступления каждого повторного позыва, количества выделяемой за каждый раз мочи, удельный вес в этих порциях).

Испытуемый при этом не должен знать времени, какое проходит между заявляемыми позывами, количества выделяемой мочи и получаемого в каждой порции удельного веса. Резкие колебания в количествах мочи и в размере промежутков времени между позывами в связи с энергией накопления мочи в мочевом пузыре и чувствительностью последнего к растяжению мо-

чей, а также повышение удельного веса мочи дают возможность высказаться о неискренности ранее предъявленных симптомов, а тем самым и об удовлетворительности функций мочевого пузыря. Для суждения о действительности собирания испытуемым почти всей суточной мочи мы применяем контроль, уже ранее отмеченный в общей схеме для ежедневных данных относительно мочи. Умножением суточного количества мочи на избыток в удельном весе мочи против единицы у добросовестных испытуемых мы получаем приблизительно постоянные цифры. Вот, например, запись за три дня:

Дни	1	2	3
Суточное количество мочи	1800	2000	2100
Удельный вес 1,20 (19, 18)	20	19	18
Сумма, характеризующая выделение за сутки плотных веществ	36000	38000	37800

Данные эти относятся к испытуемому, который добросовестно относился к заданиям во время испытания и оказался больным неврастенией при повышенной возбудимости мочевого пузыря (невроз мочевого пузыря). Ввиду хорошей конституции организма и удовлетворительного общего здоровья больной был учтен, как дающий хороший прогноз, и потому уволен в отпуск на 3 месяца.

Получив предшествующим исследованием указания на, пониженную физиологическую емкость мочевого пузыря у испытуемого, действительность этого, а также и иные нарушения функции мочеотделения проверяют нижеследующим:

1. Предлагают испытуемому при враче выпустить всю мочу из пузыря, причем попутно наблюдают характер мочеиспускания, силу мочевой струи особенности прекращения ее отделения и пр.

2. Введением катетера лежащему испытуемому устанавливают, что действительно вся моча испытуемым была выпущена, причем движением конца катетера раздражают мочевой пузырь, а это у симулировавшего неполное выделение мочи из мочевого пузыря может повести к энергичному выбрасыванию мочи, даже при вертикальном положении катетера, и укажет на нормальную работу мышц мочевого пузыря, при атонии этого вызвать не удастся и в полости пузыря возможно будет обнаружить некоторое количество остаточной мочи.

3. Наполнением мочевого пузыря через катетер с воронкой теплым двухпроцентным раствором борной кислоты до наступления неудержимого позыва на мочеиспускание устанавливают действительную физиологическую емкость мочевого пузыря, каковая в норме в таких условиях по нашим наблюдениям оказывается в пределах 350–500 см³ (при среднем росте, исчисленном на наших испытуемых в 167 см³, средняя емкость мочевого пузыря при теплом борном растворе оказалась 438 см³). При наполнении пузыря необходимо, чтобы больной не мог учесть количества вливаемой жидкости, для чего ему предлагают закрыть глаза, а иногда и завязывают, предлагая глубоко и ровно дышать.

Вынув катетер, предлагают испытуемому самостоятельно выпустить борный раствор из мочевого пузыря, учитывая при этом количество выведенного, сравнительно с введенным.

Через несколько дней испытания, имея в виду пределы емкости мочевого пузыря как ее предъявляет сам испытуемый (до катетеризации), мы предлагаем дежурному медперсоналу будить испытуемого приблизительно через такие сроки, чтобы у него не успело наступить во сне мочеиспускание. Не желающий грубо симулировать и аггравировать при надлежащих сроках разбуживания будет вставать сухим. Через несколько дней дается тайное распоряжение разбудить испытуемого значительно позже, причем смотрят мочился испытуемый в постель или нет, и на это обращают внимание испытуемого.

К даче снотворных (опия, трионала и пр.) с целью вызывания глубокого сна и понижения тем бдительности испытуемого, необходимой для мочеиспускания в постель (через некоторое время от начала сна), ныне мы относимся отрицательно, так как в своем действии наркотические средства понижают чувствительность мочевого пузыря даже у здоровых.

Приведенная методика сама по себе свидетельствует о сложности и трудности диагностики недержания мочи. Но и самое подробное и всестороннее обследование специалистами отнюдь не всегда дает возможность с уверенностью исключить симуляцию. Об этом свидетельствует хотя бы такой факт (Карвальо) в австрийской и итальянской армиях, в тех случаях, когда не было достаточных данных для увольнения с военной службы испытуемого, страдающего недержанием мочи, ему заявляли, что он безусловно годен к военной службе. При этом его снабжали за его же

счет мочеприемником из вулканизированной резины. Мочеприемник он должен был надевать на ночь, чтобы не мочить постель. Это мероприятие было рассчитано на то, что действительный больной может спокойно спать ночью, а днем исполнять свои обязанности. Симулянту же в конце концов надоест эта процедура в отношении окружающих и он должен будет «выздороветь».

Симуляция отдельных симптомов болезней органов дыхания

Симулируются обычно отдельные симптомы легочных заболеваний: расстройство дыхания, хрипота, кашель, отдельные симптомы туберкулеза легких. Симуляция расстройства дыхания бывает в виде простого учащения дыхания, которое сам симулянт не в состоянии чем-либо объяснить. Или же симулируется определенный тип дыхания (например, эмфизематика). Симулянт быстро утомляется, а кроме того, во сне дыхание становится нормальным. Симуляция кашля легко удаётся при катаральном состоянии верхних дыхательных путей, точно так же как и симуляция хрипоты. Подозрение на симуляцию возникает уже потому, что симулянт усиленно старается показать картину заболевания при наблюдении за ним и уменьшает выражение этих симптомов при ослаблении наблюдения. Помимо описанных, симулируется ряд симптомов туберкулеза легких (о симуляции кровохарканья см. «Кровотечение»). Симулянт предьявляет иногда туберкулезную мокроту, позаимствованную у туберкулезного больного. Симулянты доходили иногда до того, что брали такую мокроту в рот, чтобы выплюнуть ее при враче.

Известны попытки симулянтов ввести в заблуждение такой метод исследования как рентген. Перед исследованием в темном кабинете на кожу груди накладывалась или втиралась в кожу ртутная мазь. Эти участки на снимках и при просвечивании давали затемнение.

Симуляция болезней сердца (тахикардии)

Органические заболевания сердца и в частности пороки сердца не могут быть симулированы. Функциональные расстройства сердечной деятельности поддаются симуляции (неврозы сердца, тахикардия). Более опытные симулянты к сердечным симптомам добавляют симптомы расстройства кровообращения, например, отека нижних конечностей, вызывая их перетяжкой. Функциональные расстройства сердечной деятельности могут быть вызваны чрезмерной нагрузкой и истощением сердечной мышцы или приемом лекарственных и токсических средств. Утомление сердечной мышцы достигается усиленной физической нагрузкой перед посещением врача (например длительные пробеги), чем на некоторое время получают учащение сердцебиения. Такие примитивные попытки симуляции быстро разоблачаются, так как после короткого отдыха деятельность сердца возвращается к норме. Более длительные расстройства сердечной деятельности возникают после истощения, вызванного голоданием, продолжительной бессоницы, половых излишеств, в частности онанизма. Чаще, однако, симулянты прибегают к различным лекарственным и токсическим средствам (неумеренное курение папирос, сигар, даже чая; питье настоя табака или махорки, крепкого чая или кофе). Из лекарственных средств известностью пользовался кофеин в комбинации с другими медикаментами. Вейсенберг приводит следующие комбинации известные симулянтам: кофеин и хинин по 0,3 за полчаса до освидетельствования. Кофеин, ацетанилид по 0,2 и серноокислый спартеин 0,02 5–6 раз ежедневно в продолжение до 8 дней. В небольших дозах эти медикаменты иногда вызывали сердечные шумы и симулировали даже недостаточность митрального клапана. Каждый такой «сердечный» больной знал, какая доза для него необходима, почему длительный прием не приносил особого вреда здоровью. Кроме этих средств, упоминается еще применение атропина и наперстянки. При подозрении на симуляцию необходимо прежде всего поставить испытуемого в такие условия, чтобы он был лишен возможности прибегать к тем или иным способам, возбуждающим усиленную деятельность сердца. Вторым моментом является подробное клиническое исследование.

Если подозревается применение лекарственных или токсических средств, то рекомендуется попробовать реакцию Бушара с мочей на присутствие алколоидов. Методика реакции следующая (по Карвальо): к 10 куб. см. мочи прибавляется капля серной кислоты и 10 капель раствора иода в иодистом калии. Реакция очень чувствительна. Следы алколоидов (1 : 50 000) дают коричневое окрашивание жидкости, а большие количества — черный осадок.

Реакция особенно хорошо получается при хинине и атропине. При дифференциальном диагнозе следует руководствоваться фармакодинамическими свойствами применяемых средств. Усиленное курение или употребление настоя табака и махорки распознается и по резкому табачному запаху.

Нужно помнить также, что некоторые люди могут, задерживая или усиливая дыхание, изменять ритм сердечных сокращений и вызывать иногда значительное ускорение пульса, что может ввести врача в заблуждение. Поэтому при исследовании больных нужно внимательно следить за дыханием.

Симуляция невропатологических симптомов

Симуляция отдельных заболеваний нервной системы по существу невозможна, ибо очень сложны комплексы симптомов отдельных болезненных форм. Это не означает, что симулянты не пытаются симулировать те или иные нервные заболевания. Но имитируя их, они на самом деле симулируют или отдельные симптомы или группу симптомов. Казалось бы, что этим облегчается диагностика симуляции. Однако это верно только в известной степени. Трудности распознавания и возможность ошибок очень велики. Априорные выводы, скоропалительные заключения не должны иметь места. Симуляция должна, быть доказана подробным, объективным и специальным неврологическим исследованием. Наиболее часто встречается симуляция следующих симптомов:

1. Симуляция боли. Жалобы на несуществующие болевые ощущения при изображении различных заболеваний предъявляются симулянтами очень часто: головные боли, мигрень, воспаление корешков седалищного нерва и т.д. и.п. Субъективизм болезненных ощущений не так легко поддается объективному исследованию. Особенно трудности встречает объективное доказательство болей у тех симулянтов, которые когда-то перенесли симулированное ими заболевание (например, воспаление седалищного нерва), изучили симптоматику болезни и методику обследования. Такие симулянты в состоянии обмануть и очень опытных врачей. Клиническое обследование должно включать полное неврологическое исследование и изучение психики испытуемого. Противоречие объективных признаков болезни субъективным ощущениям позволяет только предполагать симуляцию. Заключение же о симуляции может быть дано лишь после того, как врач получит безусловные доказательства симуляции, ибо только такие доказательства в состоянии убедить следователя и суд. Отдельных приемов и признаков, доказывающих боль, не имеется и предположительный диагноз возможен на основе клинического исследования и тех реакций организма, которые возникают в ответ на болевые ощущения. При клиническом исследовании, определив болезненную точку, отвлекают внимание больного и при этом проверяют болезненность повторным надавливанием, или заставляют испытуемого выполнить такие движения, которые он, будучи в другом положении, отказывался выполнить из-за болей. Например, обследуется субъект с подозрением на симуляцию воспаления седалищного нерва. В положении лежа он отказывается из-за сильной болезненности произвести какое-либо движение бедром. Ему предлагают встать и в таком положении, отвлекая внимание, занимаются осмотром шеи, позвоночника. При этом ощупывают позвоночник, спрашивая, есть болезненность или нет. Одновременно предлагают ему поднять кверху руки, согнуть шею, затем туловище и, не сгибая колен, дотронуться пальцами рук до носков. Если испытуемый выполнит все это, следовательно он симулировал невозможность двигать ногой в лежащем положении, так как им выполнено было то же самое движение. Болевые ощущения дают те или иные реакции, которые используются при дифференциальном диагнозе (расширение зрачков, повышение кровяного давления, учащение пульса и др.), хотя и не имеют самодовлеющего значения. Следует обращать внимание так же на мышечные атрофии и дистрофии, вынужденное положение всего тела или больной конечности, общее состояние больного и т.д. Окончательное заключение о симуляции возможно только на основании совокупности всех данных обстоятельного неврологического исследования

2. Симуляция параличей, контрактур, дрожаний. Перечисленные болезненные состояния поддаются симуляции в различной степени. Основные трудности диагностики заключаются в отличии симуляции от истерических состояний. Особенно редко симулируются параличи и дрожание, контрактуры симулируются значительно чаще. Там, где контрактуры зависят от заболевания нервной системы (параличи), костей, мышц и суставов (рубцы, артриты, анкилозы), распознавание причины контрактуры не представляет значительных трудностей. В других случаях возникает подозрение в симуляции. Для распознавания и отличия симулятивной контрактуры от действительной, применяют например следующие способы: а) конечность выше контрактуры перетягивают эсмарховым бинтом. После перетягивания симулятивная контрактура исчезает, а действительная сохраняется; б) проба на усталость. Если, например, имеется контрактура в коленном суставе, то испытуемый кладется на стол таким образом, чтобы нижняя треть бедра свешивалась со стола. При симуляции нога очень скоро согнется вследствие усталости, иногда к

концу испытуемой конечности подвешивается небольшой груз. Эти методы и некоторые другие не исключают возможности истерической контрактуры.

3. Симуляция эпилепсии в прежнее время в различных армиях была распространенным явлением, несмотря на трудности изображения эпилептического припадка. Некоторые авторы упоминают о существовании особых «специалистов», тренировавших симулянтов в изображении отдельных симптомов (бессознательного состояния, расширения зрачков, судорог и др.). Настоящий эпилептический приступ изобразить нельзя. У симулянтов наблюдается изображение чисто внешних сторон приступа (бессознательного состояния, судорожных движений, непроизвольного мочеиспускания и других симптомов), хотя известна симуляция и таких симптомов, как расширение зрачка атропином, появление пены (кусочек мыла во рту). Такие симптомы, как отсутствие рефлексов кожных, сухожильных и со слизистых оболочек, симптом Бабинского, экхимозы в соединительной оболочке глаз, отсутствие реакции зрачков на свет, не могут быть искусственно представлены. Поэтому диагноз эпилепсии может быть поставлен только во время припадка. В этом-то и заключаются основные трудности экспертизы. Подозрение на эпилепсию требует помещения в стационар. Испытуемый может пробыть в лечебном заведении положенный срок и не дать ни одного припадка или припадок происходит в отсутствие медицинского персонала. Поэтому иногда прибегают к провоцированию припадка, хотя последний и не безразличен для настоящего эпилептика. Припадок может быть вызван усиленным и глубоким дыханием в течение 10–15 минут или же ладонные поверхности обоих лучезапястных суставов опрыскиваются хлорэтилом в течение 20–30 секунд, после чего появляются судороги и развивается эпилептический припадок.

Ниже приводим сравнительную таблицу некоторых симптомов при истинной и симулированной эпилепсии (Тромбетта цит. по Карвальо).

1. Стадия продрома (аура)

При настоящем эпилептическом припадке

Учащение сердцебиения; затрудненное дыхание, различные вазомоторные расстройства (попеременная краснота и бледность); дрожание век, губ и пальцев, общее недомогание; изменения характера (беспокойство, раздражительность, депрессия, меланхоличность).

При симулированном припадке

Отсутствуют какие-либо продромальные явления, поскольку симулянт больше заинтересован в шумных проявлениях припадка.

2. Стадия припадка в собственном смысле (тонические и клонические судороги)

а) Начальное однократное, хриплое вскрикивание, характерное, но не постоянное; больной падает, причем время и место падения показывают полное отсутствие какой-либо подготовки, и во время которого часто получают серьезные, и глубокие ранения, не сопровождающиеся никаким выражением боли. При малой эпилепсии вместо падения имеется головокружение, потеря речи, замедленное дыхание, легкое дрожание, мертвенная бледность лица, малый пульс, слабого наполнения, часто неравномерный.

б) Если глазные яблоки не сильно закачены кверху, можно заметить ригидность зрачка (полное отсутствие реакции на естественный и искусственный свет).

в) Потеря кожной и мышечной чувствительности.

г) Пена изо рта (смесь слюны, крови и пузырьков воздуха).

д) Чрезвычайно резкие тонические судороги с цианозом лица.

е) Клонические судороги обычно резко выражены на одной стороне тела; голова часто бывает повернута в одну сторону вследствие сокращения одной из грудно-ключично-сосковых мышц.

ж) Все пальцы кисти согнуты. Большой палец почти всегда подогнут к ладони, если его разогнуть, он остается в таком положении и принимает участие в фибриллярных сокращениях всей мускулатуры.

з) Малая продолжительность судорожного периода.

и) В течение судорожного припадка наблюдается

а) Несколько последовательных вскрикиваний, не имеющих ничего характерного; падение совершается так, чтобы не вызвать повреждений (чаще всего на бок); в случае, если получатся раны, хотя бы и легкие, заметно болевое ощущение. Цвет лица нормальный, иногда красный, но не бледный; пульс хорошего наполнения, частый, стремительный.

б) Нормальный зрачковый рефлекс, если только не имело место предварительное введение атропина с целью обмана.

в) Кожная и мышечная чувствительность сохранены.

г) При обильном выделении пены следует посмотреть, не спрятан ли во рту кусочек мыла.

д) Тонические судороги или отсутствуют или неудачно симулируются, лицо красное или нормальной окраски.

е) Бурные клонические судороги обеих сторон: обе грудно-ключично-сосковые мышцы сокращены, вследствие чего голова или склонена вперед или закинута назад.

ж) Пальцы обычно не согнуты. Если они согнуты и если при этом разогнуть большой палец, симулянт спешит его снова согнуть.

з) Большая продолжительность судорог, поскольку симулянт стремится произвести ими как можно большее впечатление на окружающих.

и) Цвет лица не изменен или в крайнем случае —

реакция всего организма: лицо интенсивно-красное, цианотичное или багровое, дыхание затруднено, сердцебиение неправильное и учащенное, пульс малый. Непроизвольное извержение спермы, мочи и кала.

небольшое покраснение, никаких изменений сердечного ритма и типа дыхания не отмечается.

3. Постконвульсивная стадия или стадия ступора

Лицо вновь становится резко бледным, а дыхание — глубоким; мышцы расслабляются, пациент впадает в коматозное состояние. При пробуждении он оглядывается с ошеломленным видом; жалуется на общие болезненные ощущения, подавлен; мысли спутаны, он ничего не помнит о случившемся.

Отсутствует характерная бледность лица, подавленность и сонливость. Субъект тотчас же принимает нормальный вид.

Психические эквиваленты эпилепсии встречают такие же трудности в диагностике. Испытание подозреваемого в симуляции эпилепсии субъекта должно производиться в госпитальной обстановке.

Симуляция афонии, немоты и заикания

Расстройство звучной речи (афония), немота и заикание довольно часто симулировались с целью уклонения от военной службы. Все перечисленные состояния имеют тесную связь с истерией. Нередко они возникают после психической травмы, контузии, что особенно возможно в военное время. Все это в значительной степени усложняет правильное распознавание и диагностику симуляции.

Симуляция афонии возможна или вследствие того, что симулянт говорит, не напрягая голосовых связок, или вследствие того, что искусственно вызвано раздражение или воспалительное состояние слизистой оболочки гортани. В обоих случаях речь будет незвучной, шопотной. Кроме того, афония может быть, как сказано выше, на почве истерии. Прежде всего необходимо исключить все заболевания, которые могут вызвать афонию (воспаление гортани, паралич голосовых связок и др.), в том числе и истерию. Только после этого может быть поставлен вопрос о симуляции. Распознавание симуляции афонии основано на получении чистого звука (при кашле, крике), что возможно, конечно, и при истерической афонии. С этой целью производят раздражение гортани зондом или кисточкой, фарадизацию гортани, вибрационный массаж и т.д. Круковер предлагает способ, основанный на получении кашлевого рефлекса при протирании наружного слухового прохода. Способ заключается в следующем: испытуемому говорят, что ухо нужно очистить от серы, и протирают наружный слуховой проход, отчего получается кашлевый рефлекс.

Рефлекс получается не у всех испытуемых, но способ весьма прост и доступен не специалисту. Симуляция может найти себе отчасти подтверждение в отсутствии каких-либо улучшений при лечении, в беспричинном обострении воспалительного процесса. Звучная речь во сне или под наркозом не исключает все-таки возможности истерической афонии. Все изложенное по поводу афонии относится и к симуляции немоты. Окончательное заключение о симуляции возможно лишь после длительного специального наблюдения в лечебном учреждении.

Симуляция заикания. Этот недостаток речи зависит во многом от чисто психических моментов, как-то: боязни перед затруднениями в произношении слов, повышенного сосредоточения внимания на речевом акте, стеснительности в связи с имеющимися дефектами речи и др. Заикание может быть врожденным и благоприобретенным (психическая травма). Врожденное заикание может быть установлено как на основании свидетельских показаний, так и заслуживающих доверия документальных данных. Если испытуемый связывает свое заболевание с полученной во время боевых действий психической травмой, то распознавание истинного характера заикания становится весьма трудным.

По Либману для правильного диагноза имеют значение: 1) форма заикания (губная, зубная или небная), благодаря чему субъект спотыкается только на определенных буквах, 2) способ прерывания различных слов вследствие тетанической контрактуры голосовых и дыхательных мышц, 3) заика заявляет, что он делает усилие, чтобы говорить, симулянт — нет, 4) симулянт бормочет одинаково, какое бы слово ни пришлось ему произносить, и старается усилить степень расстройства, забывая при этом о сопровождающих его характерных вспомогательных движениях. По Надеждину для представления о степени заикания наличия симуляции или аггравации рекомендуется предложить испытуемому: 1) давать отдельные ответы, 2) считать или читать вслух (не симулянт будет при этом заикаться менее, чем при обыкновенном разговоре), 3) можно также учитывать в ежедневных пробах, сколько времени испытуемый тратит на прочтение одинаковых

количеств текста той же трудности. Действительный больной и не преувеличивающий болезни больших колебаний в затраченном времени не даст, 4) при пении заикание должно пропадать совсем, 5) при произнесении, отдельных букв алфавита отмечают, какие звуки представляют наибольшую или непреодолимую трудность, 6) сказать букву «а» могут почти все заики, даже и с дыхательным заиканием, и потому отказ от этого указывает на притворство, 7) при всем этом, конечно, учитывается несколько ряд сопутствующих во многих случаях мышечных сокращений в различных отделах тела является произвольным и гармонирующим с существом предъявляемого заикания. Особенно интересно для подкрепления диагноза заикания то, что нельзя сделать по желанию самому тикообразные подергивания в лицевых мышцах, фибриллярные сокращения в области шейных мышц и больших грудных, спазмы диафрагмы и пр., 8) задержке речи от действительного заикания сопутствует ясное учащение пульса в той или иной степени, 9) при шопотной речи заикание должно отсутствовать. Правильное распознавание и диагностика и здесь зависят от тщательного наблюдения в лечебном учреждении.

Симуляция слепоты

Симулируется слепота, на один глаз, односторонняя и полная, двухсторонняя слепота. Исследование субъектов подозреваемых в симуляции должно проводиться только специалистами офтальмологами в специальном лечебном учреждении. Жалобы могут быть на полную потерю зрения или частичную. Для распознавания симуляции слепоты предложено много способов и специальная, иной раз очень сложная аппаратура. Некоторые из способов, позволяющих объективно доказать симуляцию приводятся ниже.

При односторонней слепоте: 1. способ Коццели (по Карвальо). Испытуемого сажают в 5 метрах от таблицы, около которой стоит ассистент, привлекающий внимание пациента в то время, как эксперт наблюдает за его глазами. Эксперт незаметно подготавливает оправу, где перед здоровым глазом вставлено матовое стекло, закрытое кружочком ваты в марле. Испытуемому надевают оправу, и он заявляет, что ничего не видит. После этого ему предлагают посмотреть обоими глазами и вынимают кружочек ваты из оправы. Пациент читает все строчки, которые он может различить, полагая, что смотрит и здоровым глазом. На самом деле он видит только тем глазом, который выдает за слепой, так как здоровый глаз закрыт матовым стеклом.

2. Перед здоровым глазом ставят собирательное стекло в 6,0Д и дают читать испытуемому книжку. Нормальный глаз с таким стеклом будет читать книжку на расстоянии 16–17 см. Книжку держат на таком расстоянии и, убедившись что испытуемый читает, начинают отодвигать постепенно на расстоянии 20, 25, 30, 35 см. Если испытуемый, не заметив отодвигания книжки, будет продолжать читать дальше, то это значит, что он читает тем глазом, который выдает за слепой. Здоровый глаз, перед которым поставлено стекло, не может читать дальше 16–17 см.

3. Применяются обычные таблицы для исследования зрения, но с буквами, напечатанными двумя красками, — красной и зеленой. Краски комбинируются так, чтобы получались разные буквы, если читать один цвет или оба. Например, в букве П красным сделано Г, а зеленым 1. Если читать обе краски, будет буква П, если только красное, то будет буква Г. Таким образом комбинируются разные буквы, разные слова, цифры и т.п.

При рассматривании этой таблицы через красное и через зеленое стекло читаются разные буквы и разные слова, так как красное стекло поглощает одни части букв, а зеленое — другие. Все видно лишь тогда, когда на глазах ничего нет или, если у человека, имеющего одновременное, бинокулярное зрение, на один глаз надето красное, а на другой глаз зеленое стекло. В этом случае то, что недоступно одному глазу, видно другому. Этим пользуются для установления симуляции слепоты на один глаз. Испытуемый сначала читает таблицу невооруженными глазами. Затем ему надевают очки с одним красным, а другим зеленым стеклами. Не разобрав в чем дело, симулянт снова читает те же буквы и слова: значит, он видит обоими глазами. Для того, чтобы опыт удался, необходимо, чтобы цвет красного стекла и красной части букв был идентичен, так как иначе опыт не удался.

Помимо указанных приемов, имеется ряд других, с применением сложной аппаратуры. Эти приемы позволяют диагностировать объективно симуляцию слепоты на один глаз, но не отличить ее от истерии.

Распознавание симуляции двухсторонней слепоты значительно труднее. Необходимо прежде всего тщательно наблюдать за поведением испытуемого, его мимикой. Симулянт всегда переигрывает и этим очень часто выдает себя. Симулянт слепее слепого, он неувереннее действительного

слепого, больше натывается на препятствия и т.д. Для диагностики применяются такие способы: 1) Испытуемому предлагают посмотреть на пальцы своих рук. Слепой это сделает тут же, симулянт не выполнит этого (должны, быть исключены истерии, заболевания центральной нервной системы и др.). 2) Предлагают испытуемому взять себя за кончик носа. 3) Предлагают соединить концы обоих указательных пальцев. Слепой выполнит тут же эти предложения, симулянт сразу не выполнит. Тогда в его присутствии завязывают глаза кому-нибудь и предлагают выполнить этот опыт, что, конечно, делается без труда. Спустя некоторое время вновь повторяют этот опыт, что симулянт выполняет и что свидетельствует о том, что он видел опыт с завязыванием глаз. Кроме этого имеются и другие приемы и способы. Трудности заключаются не в том, чтобы установить симуляцию, а отличить симуляцию от истерии или травматического невроза. Симуляция понижения остроты зрения, сужения поля зрения и расстройства цветоощущения встречается редко.

Симуляция куриной слепоты

Понижение остроты зрения в сумерки и слепота ночью (куриная слепота) — один из ранних признаков авитаминоза А. Специальное офтальмологическое исследование может объективно определить степень понижения остроты зрения при помощи адаптометра и другими методами. Для суждения о практическом значении заболевания Гофе пользовался темными очками с 75% поглощением, при помощи которых через 30 минут применения можно добиться состояния, подобного куриной слепоте. Гофе убедился, что в таком состоянии нельзя на достаточно большом расстоянии видеть деревья на краю улицы и править рулем автомашины при отсутствии звезд на небе. При звездном небе (без луны) в очках он видел людей на расстоянии 14 метров, без очков — на расстоянии 50–60 м. Автомашину с ослепляющими огнями без очков он видел на расстоянии 50–60 м, в очках — на расстоянии 12 метров. Среди испытуемых некоторые заявляли о таком же заболевании у родственников. Симулянтов было обнаружено немного.

Симуляция глухоты

Симуляция может выражаться в предъявлении полной глухоты, односторонней глухоты или понижении слуха (одностороннем или двухстороннем), здесь экспертиза может быть произведена только опытным специалистом после длительного стационарного наблюдения. Достаточно сказать, что в настоящее время предложено свыше 60 способов определения притворной глухоты. Ни один из них сам по себе недостаточен. Приходится поэтому пользоваться повторно несколькими способами и проводить одновременно функциональное исследование уха для того, чтобы получить уверенность в симуляции или отсутствии ее. Это тем более необходимо, потому что обычно никаких изменений со стороны наружного слухового прохода, что могло бы объяснить глухоту, не обнаруживается. Один из этих способов требует применения сложной аппаратуры, другие просты и доступны. Приведем некоторые из них (по Компанейцу).

Способы обнаружения односторонней глухоты или одностороннего понижения слуха

Способ Шварцце. Не обращая внимания на больное ухо, заставляют испытуемого заткнуть здоровое ухо пальцем или комочком ваты. Такая изоляция здорового уха совершенно недостаточна для полного исключения его из слухового акта. Поэтому, если бы второе ухо оказалось совершенно глухим, то и тогда испытуемый с заткнутым здоровым ухом должен был бы слышать разговорную речь на некотором расстоянии от глухого уха. Если при такой постановке опыта испытуемый утверждает, что он ничего не слышит, то он симулирует (симулирует относительно здорового уха, но это еще не доказывает, что он слышит больным ухом, а лишь заставляет относиться с недоверием к его остальным показаниям).

Способ Варнеке. Необходимы два исследователя. Испытание производится шепотной речью. Первый исследователь становится на таком расстоянии от испытуемого, на котором последний слышит шепотную речь, второй становится на некотором расстоянии позади первого. Испытуемому завязывают глаза и затыкают здоровое ухо. Затем начинается испытание. Допустим, что испытуемый слышит шепотную речь на некотором расстоянии от уха. По сигналу второй исследователь, стоящий дальше первого, начинает в свою очередь произносить шепотом отдельные слова. Так как при шепотной речи трудно отличить голос первого исследователя от голоса второго, то испытуемый вводится этим в заблуждение и повторяет обыкновенно слова, произносимые вторым исследователем, совершенно этого не подозревая. Благодаря этому удается получить большую остроту слуха. Если второму исследователю нужно переместиться, то он должен это

произвести без малейшего шума. Способ этот несомненно практичен особенно ввиду следующего обстоятельства. Многие симулянты, боясь при завязанных глазах выдать себя, повторяют произносимые врачом слова, только тогда, когда чувствуют исследователя возле себя. Стоит последнему отойти на несколько шагов, хотя бы и неслышно, как испытуемый перестает повторять за ним пробные слова. Способ Варнеке имеет то преимущество, что первый исследователь может оставаться все время вблизи испытуемого. Испытанию подвергается сначала одно, затем другое ухо.

Способ Тшуди. Двое экспертов читают быстро и одновременно в такт газетную статью или специально для этого составленный рассказ и заставляют испытуемого повторять все вслух. Для этого, конечно, требуется небольшое предварительное упражнение. Чтение происходит в две трубки, соединенные с ушами испытуемого. Рассказ местами отличается только одним или несколькими слогами, в остальном же совершенно одинаков. Благодаря этому маневру испытуемый не в состоянии сосредоточить свое внимание только на одном ухе, и потому, когда внезапно в оба уха попадают различные слоги, он сбивается с толку и либо повторяет то, что сказано было в глухое ухо, либо вообще ничего не повторяет, обстоятельство, также в достаточной мере говорящее за симуляцию.

Способ Бурхардта — для определения понижения слуха, но не глухоты. Шопотной речью определяют тот предел, дальше которого испытуемый перестает слышать. С этого места начинают с ним говорить в слуховую трубку, которая одним концом вставляется в ухо, испытуемого, а на другом конце (ротовом) заткнута продырявленной пробкой и проведенным сквозь последнюю гусиным пером. Испытуемый охотно соглашается обыкновенно, что через такую трубку он слышит на несколько большем расстоянии. Во время разговора врач внезапно затыкает пальцем гусиное перо и начинает говорить мимо трубки. Если испытуемый повторит и эти слова, то значит, что он слышит лучше, чем раньше показывал.

Способ проф. И.П. Кутепова (приводим в изложении автора).

«Исследование слуховой функции человека относится к субъективным методам исследования. Оно заключается в том, что мы, пользуясь определенными закономерностями, производим у испытуемого ряд опытов и на основании показаний самого исследуемого субъекта можем делать чрезвычайно важные заключения о состоянии слухового органа, о качественных и количественных изменениях слуха.

Этот метод совершенно достаточен в тех случаях, когда нет никаких оснований сомневаться в правильности показаний, получаемых от испытуемого. В тех же случаях, когда последний может быть заинтересован в том, чтобы представить свои слуховые качества в искаженном виде, не в том, как это имеется на самом деле, субъективный метод исследования слуха может оказаться неубедительным.

Путаные данные при акуметрии, иногда противоречащие друг другу, не позволяют создать ясного представления о слухе, имеющемся у испытуемого. В подобных случаях возникает сомнение в добросовестности показаний, однако ничего другого, кроме подозрения, мы не можем иметь, ибо в нашем распоряжении нет объективных методов исследования слуха, которые могли бы считаться несомненными».

В 1925 г. Паутов Н.А. (Врачебная газета 1925 г.) предложил свой метод определения полной двухсторонней глухоты, основанный на учении академика Павлова И.П. об условных рефлексах.

У испытуемого воспитывается условный рефлекс на сочетание раздражения: звук звонка и боль (фарадический ток) или звук звонка и зрительное раздражение (световой экран). При наличии слуха условный двигательный рефлекс осуществляется и без фарадического тока или без зрительного раздражения — только при звуке звонка.

При полной же двухсторонней глухоте условный рефлекс на сочетанное раздражение со звуком звонка не может воспитаться.

Метод Паутова очень ценен, является объективным методом, однако применение его ограничивается случаями решения вопроса о полной и при том двухсторонней глухоте.

Предлагаемая мною методика объективного определения остроты слуха позволяет определять любые степени понижения остроты слуха на каждое ухо в отдельности.

Она также основана на учении Павлова И.П. об условных рефлексах. Она заключается в том, что у исследуемого субъекта воспитывается условный двигательный рефлекс на сочетанное раздражение. Одним из этих раздражений является звук шопотной речи или разговорной в зависимости от надобности. Это необходимо потому, что при решении некоторых практических вопросов общепринятым является суждение об остроте слуха для шопотной или разговорной речи.

Другим сочетанным раздражителем может быть тактильное раздражение, например прикосновение к плечу испытуемого.

В некоторых случаях другим сочетанным раздражителем может быть фарадический ток, вызывающий сокращение мышц руки.

Опыт производится следующим образом: неисследуемое ухо плотно закупоривается при помощи ватного тампона, пропитанного маслом, который вставляется в наружный слуховой проход. Испытуемому предлагается закрыть глаза или они завязываются платком. Исследуемый сидит удобно за столом, правая рука его покоится на столе и держит какой-нибудь предмет (например карандаш). Предварительно испытуемому объясняют, что при каждом ощущении прикосновения к плечу он должен тотчас же стукнуть по столу тем предметом, который он держит в руке.

Когда объяснения сделаны и испытуемый усажен, как описано выше, то приступают к воспитанию условного рефлекса. Исследователь становится на желаемом расстоянии от уха испытуемого, например на расстоянии двух метров и шепотом произносит какое-нибудь слово, например: «раз, два».

Одновременно очень мягко он прикасается к плечу испытуемого имеющейся у него в руках указкой или линейкой соответствующей длины.

Испытуемый при ощущении прикосновения к плечу стучит карандашом по столу. Таким путем воспитывается условный двигательный рефлекс на сочетанное раздражение: шепотная речь на расстоянии двух метров плюс прикосновение к плечу. При воспитании условного рефлекса необходимо строго соблюдать следующее:

1. Шепотная речь все время должна быть одинаковой по быстроте произношения слов и по интенсивности звука.
2. Расстояние от уха испытуемого должно сохраняться неизменным.
3. Необходимо соблюдать строгую ритмичность в действии сочетанных раздражителей, т.е. произносить звук и прикасаться к плечу испытуемого каждый раз через неравные промежутки времени, дабы не воспитать условного рефлекса на ритм.

По истечении некоторого времени, неодинакового у разных лиц, можно заметить, что условный двигательный рефлекс на сочетанное раздражение воспитался, тогда произнесение шепотом слова, не сопровождаемого прикосновением к плечу, вызывает осуществление этого рефлекса, т.е. стук карандашом по столу. Осуществление этого рефлекса является несомненным объективным признаком того, что испытуемый шепотную речь на расстоянии в данном случае двух метров слышит.

В случае необходимости опыт повторяется с произнесением слова шепотной речью на другом расстоянии. Таким путем точно устанавливается острота слуха на шепотную речь. Если оказывается, что шепотная речь испытуемым не воспринимается, то воспитание условного двигательного рефлекса производится на разговорную речь, при этом неисследуемое ухо заглушается при помощи трещотки Барани.

Практически для определения слуха нужно последовательно произвести несколько опытов с воспитанием условного двигательного рефлекса, а именно: первоначально определяется, слышит ли исследуемый шепотную речь на расстоянии двух метров на то или другое ухо. Если условный двигательный рефлекс осуществляется, то этим ограничивается исследование, ибо это означает, что острота слуха на исследуемое ухо равна не менее двум метрам для шепотной речи. Если же условного рефлекса на шепотную речь на этом расстоянии не воспитывается, то повторяют опыт с шепотной речью на более близком расстоянии, например на расстоянии одного метра.

Если нужно, испытывают слух на шепотную речь возле ушной раковины, на разговорную речь на расстоянии одного метра, около ушной раковины или на крик.

Ниже приводится схема последовательности производства опытов, на которой отмечен вывод при положительном или отрицательном результате каждого опыта, а также последующие опыты, которые следует производить при отрицательном результате.

При положительном результате опыта в схеме приведено заключение, которое можно делать на основании исследования.

В тех случаях, когда испытуемый не выполняет заданного ему удара карандашом по столу при прикосновении к плечу, когда труден контакт с ним или у него имеется тенденция к торможению рефлекса, то те же опыты производятся с другой комбинацией сочетанных раздражителей: прикосновение к плечу заменяется фарадическим током.

СХЕМА

последовательности производства опытов при определении остроты слуха

№№ опытов	Каким звуковым раздражителем надо пользоваться	Результат исследования	Вывод	Следующий опыт	Заключение
1	Шопотная речь на расстоянии двух метров	+	Шопот на расстоянии 2-х метров слышит	—	Слух = шопоту не менее 2-х метров
		—	Шопот на расстоянии 2-х метров не слышит	2	—
2	Шопотная речь на расстоянии одного метра	+	Шопот на расстоянии одного метра слышит	—	Слух = шопоту не менее одного метра
		—	Шопот на расстоянии одного метра не слышит	3	—
3	Шопотная речь возле уха	+	Шопот возле уха слышит	—	Слух = шопоту возле уха
		—	Шопот возле уха не слышит	4	—
4	Разговорная речь на расстоянии одного метра	+	Разговорную речь на расстоянии одного метра слышит	—	Слух = разговорной речи не менее одного метра
		—	Разговорную речь на расстоянии одного метра не слышит	5	—
5	Разговорная речь возле ушной раковины	+	Разговорную речь возле ушной раковины слышит	—	Слух = разговорной речи возле ушной раковины
		—	Разговорную речь возле ушной раковины не слышит	6	—
6	Крик возле ушной раковины	+	Крик слышит	—	Слух = ощущению крика возле уха
		—	Крик не слышит	—	Полная глухота

Предлагаемая методика объективного определения остроты слуха очень проста.

Со стороны исследуемого требуется внимание, терпение в выработке условного рефлекса и полное спокойствие во всей обстановке исследования, дабы исключить всякого рода иные раздражители, трудно учитываемые, которые, однако, могут исказить как сущность опытов, так и их результаты.

Способы обнаружения симуляции обоюдостороннего понижения слуха

Способ Каспера. Врач начинает с испытуемым говорить сначала очень громко и затем, во время разговора незаметным образом постепенно понижает свой голос. Если испытуемый продолжает его слышать, то ясно, что острота его слуха больше, чем он показывал вначале.

Способ Тшуди. В ухо попеременно вставляют воронку или слуховую трубку, наполненную воском или без воска и предлагают испытуемому повторить произнесенные шопотом слова. Так как испытуемый одинаково ощущает чувство закладывания от открытых и закрытых воронок, то он, не соображая каким ухом слышит, дает правильные ответы.

Способы обнаружения притворной глухоты на оба уха. Физиономическая диагностика: у глухого субъекта особое, пытливо тревожное выражение лица, монотонные, протяжные речи без всякой модуляции и интонации. У глухого на одно ухо иногда вовсе незаметно никаких наружных признаков его глухоты, иногда же он наклоняет здоровое ухо к источнику звука, что однако со временем теряется (Люце).

Истинно глухой не отстраняется от врача, который его исследует, напротив, он с напряженным вниманием следит за ним, смотрит, говоря ему прямо в лицо, с осмысленным взглядом и старается читать по его губам. Мнимо глухой неестественно приближает свое лицо к лицу врача, то и дело прерывает разговор вопросом «что» или же монотонно повторяет: «я не слышу, я глух». Он избегает смотреть на врача и на движение его губ при разговоре, приставляет руку к своему уху, делает неестественные гримасы, и, когда замечает, что его обман обнаружен, приходит в замешательство, краснеет и более не отвечает (Беррьюер).

Способ Швартце. Низкие камертоны большого размера приставляются то к костям черепа, то к концам пальцев. Симулянты при этом утверждают, что они не чувствуют колебаний камертона.

Способ Говсеева основан на существовании иллюзии при одновременном восприятии впечатлений двумя органами чувств — осязанием и слухом. Если одетого человека с нормальным слухом поглаживать по спине ладонью, а затем платяной щеткой, то испытуемый всегда правильно ответит, чем поглаживали его по спине. Если эксперт проведет щеткой по своей одежде и одно-

временно ладонью по спине испытуемого, то последний всегда ответит, что по спине проводили щеткой, так как он будет слышать характерный звук щетки. Испытуемый основывает свои ощущения не на осязании, а на звуковом восприятии. Глухой, предварительно подготовленный, не ошибется, так как слуховые ощущения для него не существуют и не извращают его восприятий. Другое дело, если у испытуемого слух не потерян, а он лишь притворяется глухим, тогда испытуемый неизбежно будет ошибаться. Он лишен того преимущества, которым обладает глухой, и будет давать неверные ответы. Свой способ Говсеев применял и при испытании глухонемых. Перед испытуемым на столе кладут лист бумаги с изображением руки и щетки, предлагают ему указывать пальцем предмет, который он ощущает.

Симуляция глухонемоты. Распознавание глухонемоты представляет значительные трудности. Существенное значение имеют заслуживающие доверия свидетельские показания и документы, особенно в тех случаях, когда имеется врожденная глухонемота. Нельзя забывать и о возможной подделке документов. При объективном исследовании нередко у глухонемых обнаруживаются изменения, как со стороны ушей, так и голосовых связок, гортани. Поведение, мимика, дыхание, голос у глухонемых имеют свои характерные особенности, что чрезвычайно трудно симулировать и для чего необходима большая выдержка, упорство и наблюдательность.

Мы привели для примера некоторые способы обнаружения полной или односторонней глухоты. Повторяем, что их значительно больше и ни один из них сам по себе недостаточен для установления симуляции. Уверенные результаты могут быть получены после повторных исследований несколькими способами.

Симуляция душевных болезней

Симуляция душевного заболевания, помимо большого напряжения, упорства, постоянной настороженности, требует еще и некоторого представления об изображаемом заболевании, иначе обман будет быстро разоблачен. Поэтому симуляция душевного расстройства встречается не часто, но и не представляет собою исключительной редкости. Среди симулянтов известное количество людей психически неполноценных, психопатов и дегенератов, но могут встречаться и психически совершенно здоровые симулянты.

Наряду с грубыми и наивными формами в исключительных случаях обман не удавалось раскрыть в течение нескольких лет. Здесь можно иногда предполагать соответствующую подготовку (чтение специальных книг, перенесенная ранее душевная болезнь, общение с душевнобольным, специальный «инструктаж» со стороны опытных лиц). Для распознавания такой симуляции необходим большой опыт, знания и длительное наблюдение. Однако известны факты, когда симулянт проходил многочисленные комиссии и не мог быть разоблачен в течение ряда лет. Чаще всего симулируется не болезненная форма, а лишь отдельные симптомы или группа симптомов. Вообще же известна симуляция всех наиболее типичных душевных заболеваний. В дополнение к душевному расстройству симулянт может присоединить изображение других симптомов: общую слабость и истощение, рвоту, обмороки и головокружение, бессонницу и т.д. Хотя Люстрицкий утверждает, что такие симптомы, как бессонница, длительное двигательное возбуждение, каталепсия, открытый онанизм и поедание испражнений — исключают симуляцию.

По Введенскому чаще симулируются короткие расстройства в виде припадков, приступов возбуждения, преходящих изменений сознания и др. Из длительных душевных расстройств симулируются обычно картины вялого, монотонного поведения с необщительностью, молчаливостью, внешним равнодушием ко всему, с неправильными, нелепыми, как бы слабоумными ответами на вопросы. Опытные симулянты прибегают к симуляции душевной болезни «заблаговременно», зачисляются на учет у районного психиатра, получают справки и удостоверения, которые в случае надобности и предъявляют. Распознавание симуляции душевных расстройств в значительной степени затрудняется тем, что часто очень трудно установить грань между симуляцией и некоторыми психогенными состояниями. Бунеев считает, что специфические трудности судебно-психиатрической экспертизы заключаются в опасности: 1) оценить притворное поведение, как душевную болезнь. 2) наоборот, некоторые чисто болезненные явления принять за симуляцию. Дело в том, что некоторые формы душевного расстройства сами по себе напоминают симуляцию. При так называемом Ганзеровском синдроме испытуемый на самые простые вопросы может давать нелепые и неверные ответы. Так как заметно, что больной понимает смысл заданного вопроса, то его ответы производят впечатление умышленного обмана, т.е. симуляции. До того, как Ганзер описал такие случаи, по его мнению — сумеречные истерические состояния — они считались симуляцией (Люстрицкий). Кроме того, симуляция и аггравация могут иметь место и у настоящих

душевнобольных, преувеличивающих или умышленно добавляющих новые симптомы к своему основному заболеванию. Все это делает судебно-психиатрическую экспертизу чрезвычайно сложным и ответственным делом. Экспертиза может быть поручена только опытным специалистам-психиатрам, а испытание подозреваемых в симуляции необходимо проводить в специальных психиатрических учреждениях*.

* Подробнее о симуляции душевных болезней см. специальные руководства.

ЧАСТЬ II

ЧЛЕНОВРЕДИТЕЛЬСТВО

Членовредительство может проявляться в весьма многообразных формах и касаться различных органов и тканей. Членовредители прибегают к самым различным способам и средствам для нанесения повреждений и сокрытия следов умышленного повреждения. Нет сомнения также и в том, что врач и следователь могут встретиться с новыми, неизвестными до сих пор способами и средствами членовредительства. Однако в основном формы и способы членовредительства, как это подтверждает обширная литература периода империалистической войны и последующих лет, довольно хорошо изучены и в различных армиях разнятся между собою только в деталях. Одни способы членовредительства встречаются преимущественно в условиях боевых действий, в фронтовой обстановке (огнестрельные повреждения), другие имеют место в тылу, во время призыва в армию новых контингентов. Военный врач, где бы он ни работал, должен постоянно помнить, что он несет полную ответственность за нераспознавание, правда, очень редких у нас случаев членовредительства и что он обязан помогать органам военной прокуратуры очищать Красную Армию от трусов и предателей, какими являются членовредители.

Членовредительство при помощи огнестрельного оружия

В военное время на фронте и в ближайших к фронту районах наиболее вероятным может быть членовредительство при помощи огнестрельного оружия. Объясняется это тем, что оружие и боеприпасы всегда имеются на руках. Контроль и учет расхода патронов, конечно, не ведется так, как в условиях мирного времени или в удаленных от фронта районах. К тому же всегда имеется возможность воспользоваться трофейным оружием и боеприпасами.

Самые ценные в диагностическом отношении данные могут быть получены главным образом при первоначальном осмотре и обработке раны. При дальнейшем лечении все эти признаки исчезают, и установление факта членовредительства становится очень трудным, а часто и невозможным. Первым, к кому попадает членовредитель, это врач части, и от его внимания и умения зависит выявление факта членовредительства.

Оружие

Для целей членовредительства применяется обычно ручное огнестрельное оружие: винтовки, карабины, револьверы, пистолеты, реже — ручной пулемег. Иногда выстрел производится не из своего, личного, а из трофейного или похищенного оружия. При выстреле из длинноствольного оружия членовредитель может прибегать к различным приспособлениям, нажимая на спусковой крючок палочкой, прутом, штыком, пальцем разутой ноги, или дергая за веревку рукой. Некоторые приспособления могут быть обнаружены в дальнейшем при осмотре места, где, по словам членовредителя, он получил ранение.

Обстановка преступления

Членовредители сурово караются по советским законам, поэтому вполне понятно, что членовредительство производится тайно, в укромном месте, без свидетелей. Во время боевых операций членовредительство может иметь место в то время, когда членовредитель находится в разведке, в дозорах, в секрете, на посту, или при передвижении части, в наступлении и обороне по лесистой местности, где есть возможность укрыться. Членовредительство возможно и в окопах и в блиндажах, особенно в ночное время. Не всегда членовредитель наносит себе повреждение сам. Он может получить повреждение от неприятельской пули, умышленно подставив под выстрел ту или иную часть тела. Например, членовредитель выставляет из окопа руку или во время перебежки, лежа на земле, поднимает ногу, с целью ранения пятки или голени. Иногда членовредитель имеет сообщника, при помощи которого и получает повреждение. Известны факты парного, членовредительства, когда сообщник клал свою голень на голень другого и производил выстрел через голени обоих.

Версии членовредительства

Членовредитель, объясняя причины ранения, приводит обычно измышленные обстоятельства, при которых он получил повреждение. Чаще всего членовредителями выдвигаются следующие версии:

- а) несчастный случай,

- б) нападение (на пост, террористический акт или при других обстоятельствах),
- в) ранение неприятельской пулей в бою,
- г) покушение на самоубийство.

Несчастный случай, пожалуй, наиболее частая версия при членовредительстве. Ранение происходит, например, при чистке оружия. Расследование же устанавливает, что в чистке оружия в тот момент не было необходимости, так как оружие незадолго перед этим было вычищено. Или же чистка оружия происходила в ненадлежащее время и неподходящем месте, например, в карауле. Следственный эксперимент может установить, что поза при чистке орудия была необычной, или нарушены требования устава, хотя потерпевший был хорошо знаком с ними, и т.д. и т.п. В других случаях умышленное ранение происходит при смене караула или когда оружие становится в пирамиду не разряженным, или же «случайный» выстрел происходит из заряженного оружия, когда оно берется или держится необычным способом, например, за конец ствола. При этом членовредитель может сослаться на неисправность оружия.

При расследовании подобных случаев необходимо иметь в виду, что вообще несчастные случаи при неосторожном обращении с огнестрельным оружием не редкость и судебно-медицинская практика знает немало случаев таких ранений. Поэтому нельзя рассматривать каждый случай неосторожного ранения, как заведомое членовредительство. Осмотр оружия и следственный эксперимент необходимо производить тут же, а не откладывать, на продолжительное время.

Версия о «нападении» также имеет несколько вариантов в зависимости от обстановки:

а) нападение на пост, причем членовредитель для большей правдоподобности производит несколько выстрелов, одним из которых ранит себя;

б) нападение неприятеля в разведке, дозоре. Здесь инсценировка нападения может сопровождаться убийством свидетеля, товарища по разведке или дозору;

в) наконец, встречается и ссылка на нападение с целью ограбления, мести или террористического акта. Объяснение получения раны от неприятельской пули — обычная версия в фронтовых условиях. Как было указано выше, умышленно может быть получена рана и от неприятельской пули. Медицинская экспертиза при этом может ограничиться только констатацией ранения с дальнего расстояния. Версия о самоубийстве может быть серьезно принята во внимание, когда имеется тяжелое ранение туловища или головы, хотя не следует забывать, что повреждение в области груди или живота встречается и при членовредительстве. С другой стороны, действительные попытки самоубийства могут заканчиваться нанесением легких ранений. При такой версии нужно прибегать и к психиатрической экспертизе.

Маскировка членовредительства

В отдельных случаях членовредительства выстрел производится в неприкрытые части тела. Это обычно бывает в тех случаях, когда у членовредителя нет возможности и времени скрыть следы преступления. Но, так как широко известно, что при выстрелах на близком расстоянии остаются следы пороха, то обычно применяются различные приспособления (прокладки), устраняющие эти следы. Выстрел производится через какой-нибудь предмет: дерево, доску, буханку хлеба, шинель, противогаз, пласт снега, льда и т.п. Один членовредитель надел на левую руку толстую резиновую перчатку, обхватил этой рукой штык у дульного среза винтовки, а правой рукой нажал на спусковой крючок. Будучи разоблаченным, он продемонстрировал, как совершил преступление. Обнаруженные предметы со следами пороховой копоти являются чрезвычайно важными уликами для доказательства членовредительства.

Локализация повреждений при членовредительстве

Основная цель членовредителя — это желание избавиться от фронта, попасть в госпиталь на излечение, быть эвакуированным в тыл и стать негодным для продолжения военной службы. Членовредитель наносит себе такие повреждения, которые не выводят его из строя совершенно и не лишают трудоспособности. Поэтому ранения при членовредительстве обычно легкие и располагаются, как правило, в таких частях тела, ранение которых не опасно для жизни. Ранения эти не устраняют трудоспособность и, кроме того, нанесение их доступно собственной руке.

Обычные места ранений при членовредительстве — конечности. На первом месте стоят кисти, из них преимущественно левая, реже правая (м. б. у левшей), затем стопы и голени, предплечья и плечи, реже бедра. Ранение левой кисти стоит на первом месте, во-первых, потому, что стрелять правше удобнее и привычнее правой рукой, во-вторых, потому, что правую руку членовредитель стремится сохранить для работы в дальнейшем. Выстрелы производятся либо в

ладонь, либо в пальцы. На правой руке повреждаются обычно 2-й — 3-й пальцы, благодаря чему членовредитель становится негодным к строевой службе. На стопе выстрел производится в тыльную поверхность через обувь (сапог, валенок). Повреждения рук располагаются обычно на сгибательной поверхности. Сравнительно редко выстрелы производятся в грудь, причем членовредителями иногда принимаются известные меры предосторожности. Членовредитель сам или при помощи сообщника оттягивает складку кожи на груди, которую затем и простреливает. После расправления складки кожи остаются две раны, отстоящие друг от друга на значительном расстоянии. Такое расположение входного и выходного ранений уже само по себе является подозрительным, так как возможно лишь при опоясывающем ранении грудной клетки.

Врачу-эксперту приходится отвечать при экспертизе огнестрельных членовредительств прежде всего на 3 основных вопроса:

4. На каком расстоянии был произведен выстрел.
5. Где входное и выходное отверстие (каково направление выстрела).
6. Из какого оружия был произведен выстрел.

Определение дальности расстояния выстрела

Осматривая рану и подозревая членовредительство, врач прежде всего столкнется с вопросом о расстоянии, с которого был произведен выстрел. Ответить на этот существенный вопрос без специальных знаний, не имея представления о методах определения расстояния, невозможно. Зная, как беспомощны в этом отношении врачи, несудебные медики и даже хирурги, наблюдающие огнестрельные раны почти ежедневно, необходимо указать на основные элементарные признаки, характеризующие выстрел с различных дистанций из ручного огнестрельного оружия.

В судебно-медицинской практике различают следующие дистанции, с которых может быть произведен выстрел: 1) Выстрел в упор. 2) Выстрел с близкого расстояния. 3) Выстрел с не близкого или дальнего расстояния.

Все три дистанции могут иметь место при членовредительстве.

1. При выстреле в упор оружие приставляется непосредственно к телу (или одежде). При таком положении оружия, кроме пули, на ткани действуют также газы, копоть и порошинки. Действие этих компонентов выстрела (так называемых «добавочных факторов выстрела») может быть обнаружено при осмотре раны, а также и одежды и является, следовательно, доказательством выстрела в упор.

Газы вырываются из канала ствола под очень большим давлением и, проникая вслед за пулей в пулевой канал, растягивают, расслаивают и разрывают ткани тела в области входного отверстия (кожу и глубжележащие ткани). Сила действия газов зависит от количества пороха в патроне, а следовательно и от системы оружия. При выстрелах в упор из револьвера системы Нагана или пистолета ТТ действие пороховых газов будет выражено сильнее, чем при выстрелах из пистолета системы Коровина. При выстрелах в упор из винтовки, карабина, ручного пулемета разрывное действие газов даст много раз больший эффект, чем при выстрелах из револьверов и пистолетов. Точно так же и глубина действия газов на ткани зависит от величины порохового заряда. Чем больше заряд пороха в патроне, тем распространеннее и глубже будут действовать газы. Так, при выстреле из винтовки в упор в грудь разрывное действие газов может сказаться даже разрывами кожи у выходного отверстия на спине, тогда как при выстреле из револьвера или пистолета — ограничиться повреждением тканей только в области входного отверстия.

Особенно сильно сказывается действие газов на мягкие ткани при выстрелах в такие части тела, где под кожей близко находится кость (голова, голень). В этих случаях газы, проникающие в пулевой канал за пулей, встречая препятствие в виде плотной ткани (кости), распространяются на поверхности ее, отслаивают мягкие ткани, приподнимают их и разрывают. При выстрелах в упор, вслед за пулей вместе с газами в пулевой канал проникают копоть и порошинки, которые и могут быть обнаружены при осмотре раны в краях и в глубине ее на костях, мышцах и сухожилиях. Если оружие в момент выстрела было плотно приставлено к поверхности тела, то копотю в окружности входного отверстия может и не быть, но в глубине, раны, по ходу пулевого канала, ткани окажутся обильно запачканными копотью, которая лучше обнаруживается после прекращения кровотечения. Если оружие приставляется не вплотную, а под углом или только касается кожи, то в окружности раны по ее краям наблюдается довольно интенсивное почернение кожи от наслоения копотю, прорывающейся между концом ствола и кожей. По форме пояса

копоти вокруг входного отверстия можно определить положение оружия и угол, под каким оно было приставлено к поверхности тела в момент выстрела.

Разрывное действие газов на ткани и внедрение копоти и порошинок в пулевой канал могут наблюдаться не только при выстрелах в упор, но и при выстрелах на расстоянии нескольких сантиметров (5–9) главным образом при выстрелах из винтовки.

При выстрелах из оружия, приставленного вплотную к поверхности тела, газы, прорывающиеся в пулевой канал, приподнимают изнутри кожу и прижимают ее к стволу, благодаря чему на коже иногда остается отпечаток дульного среза, так называемая «штанцмарка». Таким образом, признаками выстрела в упор являются:

а) разрывы краев входного отверстия; б) присутствие копоти и порошинок на тканях в глубине нулевого канала; в) отпечаток оружия на коже у входного отверстия (сравнительно редко). Разрывы кожи и штанцмарка бывают при выстрелах в упор не всегда. Копоть и порошинки в глубине раны обнаруживаются обязательно.

2. Выстрел на близком расстоянии. О таком выстреле говорят в тех случаях, когда кроме пули, сказывается еще действие так называемых добавочных факторов выстрела: газов, пламени, копоти и порошинок. При выстреле из ствола вырываются пороховые газы, увлекающие за собою одновременно на некоторое расстояние копоть и частично сгоревшие или совершенно не сгоревшие порошинки. Расстояние, на котором может сказаться действие дополнительных факторов выстрела, практически не превышает 1 метра (100 см). Дальность действия отдельных факторов неодинакова. Первыми прекращают действовать газы, затем пламя, копоть и, наконец, порошинки. Система оружия также имеет существенное значение. У пистолетов системы Коровина пределы близкого выстрела короче, чем у револьвера системы Нагана, пистолета ТТ или винтовки.

Разберем действие отдельных добавочных факторов выстрела.

Газы. Действие пороховых газов было описано при анализе выстрела в упор.

Пламя. Действие пламени при выстрелах из ручного огнестрельного оружия может иметь место только в том случае, если патроны снабжены черным порохом. А так как патроны современного оружия, состоящего на вооружении армии, снабжаются бездымным или слабодымным порохом, то действие пламени при выстрелах из этого вида оружия на близком расстоянии не имеет места. В этом можно убедиться, если произвести ряд выстрелов на близком расстоянии из различных систем оружия в легко воспламеняющиеся предметы (вату, паклю, ткани). Основная ошибка и врачей и военных следователей заключается в том, что они все свое внимание обращают на поиски следов ожога, находят «ожог» там, где его не может быть и фиксируют такой «ожог» в протоколах осмотра и во врачебных свидетельствах. Нужно твердо установить, что выстрелы на близком расстоянии из современного ручного боевого оружия не дают ожога и не воспаляют ткани.

Копоть. Действие копоти на ткани оказывается на расстоянии до 20–30–35 см в зависимости от системы оружия и качества пороха. При вылете из ствола копоть и порошинки рассеиваются в виде конуса, обращенного основанием в сторону полета пули. По мере увеличения расстояния основание конуса, а следовательно, и площадь почернения кожи от копоти увеличивается. Вместе с тем уменьшается интенсивность окрашивания копотью тканей. При выстрелах на очень близком расстоянии (3–5 см) копоть располагается вокруг входного отверстия в виде неширокого пояска черного или темносерого цвета. При увеличении расстояния интенсивность пояска почернения уменьшается и кнаружи от него появляется зона светлосерого цвета. По мере увеличения расстояния окрашивание копотью тканей становится более равномерным. На фоне пояска закопчения можно наблюдать чередование более светлых и более темных концентрических кругов копоти. Это объясняется тем, что столб копоти, ударившись, о поверхность, далее распространяется по ней волнообразно. Радиальные полосы копоти объясняются влиянием нарезков в канале ствола. При увеличении расстояния до 20–35 см. копоть прекращает свое действие и следы копоти исчезают. Следовательно, если вокруг раны обнаруживаются следы копоти, то можно сделать заключение, что выстрел был произведен с расстояния не далее 20–35 см. На светлых тканях одежды действие копоти обнаруживается значительно лучше, чем на коже. На темных тканях (шинельное сукно и др.) копоть и порошинки различить труднее.

Порошинки. Сгорание пороха в патроне при выстреле никогда не бывает полным. Часть порошинок сгорает неполностью, часть остается совершенно не сгоревшими. При выстреле несгоревшие и обгоревшие порошинки вылетают вместе с газами из канала ствола и устремляются вслед за пулей вперед. При выстреле в упор порошинки вместе с копотью проникают в рану, где и

могут быть обнаружены. При увеличении расстояния между концом ствола и поверхностью, в которую производился выстрел, порошинки начинают рассеиваться, как и копоть, в виде конуса, обращенного основанием в сторону полета пули. На близком расстоянии порошинки действуют как маленькие снаряды. Они могут внедряться в кожу или отскакивать от нее, оставляя после себя маленькие красноватого цвета повреждения эпидермиса. На очень близком расстоянии (3–5 см) порошинки густо усеивают кожу в окружности входного отверстия и хорошо бывают видны на фоне копоти. С увеличением расстояния площадь рассеивания порошинок увеличивается, а количество их уменьшается. С увеличением дистанции свыше одного метра практически действие порошинок прекращается.

Таким образом, признаком выстрела с близкого расстояния является присутствие копоти и порошинок в окружности раны.

Все сказанное выше относится и к выстрелам через одежду или маскирующие близкий выстрел предметы. В этих случаях признаки выстрела в упор или на близком расстоянии будут выражены на одежде или на предмете, через который был произведен выстрел (см. выше).

3. Выстрел на дальнем расстоянии.

Если выстрел производится с расстояния свыше одного метра, то дополнительные факторы выстрела — газы, копоть и порошинки — уже не оказывают своего действия, и эксперт, следовательно, лишен возможности точно определить дистанцию, с которой выстрел был произведен. В своем заключении он может только указать, что признаков выстрела на близком расстоянии и окружного входного отверстия не обнаружено.

Действие дополнительных факторов выстрела у некоторых систем современного боевого оружия

Данные о действии дополнительных факторов выстрела для некоторых систем современного боевого оружия следующие:

1. Трехлинейная винтовка образца 1891/30 гг. Обычные патроны.

Разрывы тканей одежды, а также и кожи возможны и наблюдаются при выстрелах с расстояния до 10 см.

Копоть светлосерого цвета хорошо заметна до расстояния 15 см и слабо — до расстояния 25 см. При выстрелах с расстояния свыше 25 см копоть уже не видна.

Порошинки хорошо заметны в окружности входного отверстия до расстояния 50 см., свыше 50 см и до 100 см встречаются лишь единичные порошинки.

2. Самозарядная винтовка образца 1940 г.

Самозарядная винтовка снабжена дульным тормозом, уменьшающим действие отдачи в плечо стрелка. Через прорези дульного тормоза часть газов, а следовательно, копоти и порошинок уходит в стороны, чем и объясняются некоторые особенности действия дополнительных факторов при выстрелах из самозарядной винтовки.

Разрывы тканей одежды и кожи наблюдаются только при выстрелах в упор и в значительно меньшей степени, чем при выстрелах из винтовки образца 1891/30 г.

Копоть хорошо заметна до расстояния 10 см, 15 см и еле заметна при 20 см расстояния. При выстрелах с дистанции свыше 20 см копоть уже не видна.

Порошинки хорошо заметны до 25 см. При расстоянии от 30 до 50 см в окружности входного отверстия можно заметить единичные порошинки. От 70 до 100 см единичные порошинки обнаруживаются с трудом. При выстрелах с дистанции свыше одного метра порошинки отсутствуют.

3. Пистолет-пулемет образца 1940 г. (ППД).

Разрывы тканей одежды и кожи только при выстрелах в упор.

Копоть хорошо видна при выстрелах с расстояния 15 см, от 15 до 20 см копоть слабо заметна. При расстоянии свыше 20 см копоть отсутствует.

Порошинки хорошо заметны до расстояния в 20 см. При расстоянии в 30 см обнаруживаются единичные порошинки в окружности входного отверстия. При выстрелах с расстояния 50 см и выше порошинок обнаружить уже нельзя.

4. Пистолет-пулемет образца 1941 г. (ППШ) имеет кожух, заканчивающийся дульным тормозом. Между дульным срезом и передней поверхностью дульного тормоза имеется свободный промежуток, поэтому фактически это оружие при выстреле в упор приставляется не дульным срезом, а передней поверхностью дульного тормоза. Этим объясняются особенности действия ППШ. Как и в самозарядной винтовке через отверстия дульного тормоза часть газов,

копоти и порошинок уходит в стороны, отчего действие дополнительных факторов выстрела выражено слабее, чем у ППД.

Разрывы тканей одежды при выстреле в упор или отсутствуют или выражены очень слабо. Можно предполагать поэтому (мы не имеем возможности это проверить экспериментально), что разрывы кожи при выстреле в упор также будут отсутствовать или же быть очень слабо выраженными.

Копоть хорошо видна при выстрелах с расстояния до 10 см, слабо заметна при 15 см расстояния и отсутствует при выстрелах с расстояния в 20 см.

Порошинки хорошо заметны до расстояния 10 см, слабо при выстрелах от 10 до 20 см и от 20 до 30 см заметны единичные порошинки. При расстоянии свыше 30 см порошинки отсутствуют.

5. Пистолет образца 1930 г. (ТТ)

Разрывы одежды и кожи только при выстрелах в упор. Разрывы так же как у пистолета-пулемета и самозарядной винтовки значительно меньше, чем при выстрелах из трехлинейной винтовки.

Копоть хорошо видна до расстояния 15 см, от 15 до 30 см слабо заметна. При выстрелах с расстояния свыше 30 см копоть отсутствует.

Порошинки хорошо заметны до расстояния 20 см. При расстоянии в 30 см обнаруживаются единичные порошинки. При выстрелах с расстояния в 50 см и выше порошинки не обнаруживаются.

6. Револьвер образца 1895 г. («Наган»)

Разрывы тканей одежды и кожи наблюдаются только при выстрелах в упор.

Копоть хорошо заметна при расстоянии до 15 см, от 15 до 20 см слабые следы копоти. При выстрелах с расстояния свыше 20 см копоть отсутствует.

Порошинки хорошо заметны до расстояния 30 см, от 30 до 50 см обнаруживаются лишь единичные порошинки вокруг входного отверстия. При выстрелах с расстояния свыше 50 см порошинки не обнаруживаются.

Действие пуль специального назначения

Из пуль специального назначения нужно отметить трассирующие и зажигательные, бронебойно-трассирующие и бронебойно-зажигательные. Не имея возможности останавливаться на детальном описании этих пуль, укажем только, что в трассирующие пули запрессовано особое трассирующее вещество, загорающееся после вылета из канала ствола, благодаря чему в темноте пуля, оставляет за собою цветной светящийся след. В зажигательные пули впрысковано легко воспламеняющееся вещество, которое при попадании пули в деревянные предметы, бензиновые баки и т.п. зажигают их. Следовательно, трассирующее и зажигательное вещество могут вызвать при горении и ожоги тканей человеческого тела и воспламенить одежду. Эти ожоги могут быть приняты за признаки выстрела на близком расстоянии. Поэтому важно было установить, на каком расстоянии происходит возгорание трассирующего вещества. Экспериментальные исследования с трассирующими и зажигательными пулями, применяющимися у нас (трехлинейная винтовка), и трофейными (винтовка Маузер) показали, что до расстояния 50 метров воспламенения трассирующего и зажигательного вещества не происходит. Следовательно, ожоги тканей при выстрелах трассирующими и зажигательными пулями на близком расстоянии не имеют места и возможны только при выстрелах с дальней дистанции, превышающей 50 метров. Поэтому, если в окружности входного отверстия имеется ожог тканей, то он объясняется не тем, что выстрел произведен с близкого расстояния, а какими-либо иными факторами. Действие дополнительных факторов трассирующих и зажигательных патронов такое же как и обычных патронов.

Определение направления выстрела

Ответить на вопрос о направлении выстрела врач-эксперт может только в том случае, если он установит, какое из двух огнестрельных ранений является, какое выходным. Поэтому необходимо остановиться на признаках, характеризующих входное и выходное отверстия.

Входное отверстие

При выстрелах в упор и на близком расстоянии как в самой ране, так и в окружности ее имеется достаточно признаков, указанных выше, по которым можно без особого труда определить входное отверстие. Когда же эти признаки отсутствуют, то определение, какое из двух отверстий

является входным, может встретить значительные трудности. Опыт показывает, что врачи-специалисты пытаются ответить на этот вопрос, основываясь на величине ран и характере краев (вывороченные или втянутые). Не имея возможности входить в детальные обсуждения этих признаков, мы должны сказать, что они сами во себе не имеют решающего значения, точно так же, как и форма огнестрельных ран. Пуля, проникая в тело, втягивает кожу в виде воронки и затем пробивает (реже прорывает) ее. После прохождения пули, растянутая пулей кожи вновь сокращается. При этом в коже, как правило, остается отверстие, — дефект ткани. В очень редких случаях он может отсутствовать. Диаметр отверстия бывает меньше диаметра пули, так как пуля пробивает растянутую кожу, которая потом вновь сокращается. Дефект ткани таким образом является первым признаком входного отверстия. В тот момент, когда пуля втягивает кожу и пробивает ее, она (пуля) сдирает эпидермис в окружности входного отверстия. В результате этого в окружности пулевого отверстия образуется красноватого цвета каемка, так называемый «поясок осаднения», шириною 1–3 мм. Поясок осаднения является вторым признаком входного отверстия.

Вылетая из канала ствола, пуля уносит на своей поверхности мельчайшие частицы металла, частички смазки и пороховой копоти. Проходя через кожу, поверхность пули обтирается, и поэтому на коже в окружности входного отверстия остается узенькая каемка серого цвета, так называемый «поясок обтирания». Пояски обтирания каждый мог видеть на щитах в тире или на стрельбище. «Поясок обтирания» — третий признак входного отверстия.

Таким образом, признаками входного отверстия при выстреле на дальнем расстоянии будут: а) дефект ткани, б) «поясок осаднения» и в) «поясок обтирания». На тканях одежды признаком входного отверстия будет поясок обтирания.

Выходное отверстие

Механизм образования выходного отверстия иной, чем входного отверстия. Пуля, подходя к коже изнутри, вначале вытягивает ее в виде конуса, а затем прорывает. Поэтому форма и величина выходного отверстия могут быть весьма различными.

Выше было сказано, что решать вопрос о входном и выходном отверстиях по величине и форме ран нельзя. Величина выходного отверстия зависит от очень многих факторов: калибра пули, степени ее деформации, типа оружия, места ранения, пороховых газов, проникающих в пулевой канал, живой силы пули, дистанции выстрела и т.д. и т.п. Чем больше калибр пули, тем больше и выходное отверстие. Например, выходное отверстие при выстреле из пистолета системы Коровина меньше, чем при выстреле из пистолета ТТ. При выстрелах с дальней дистанции эта разница столь незначительна, что фактически не может быть установлена. При одинаковом калибре, но различных типах оружия величина выходных отверстий неодинакова. Так, при прочих равных условиях выходное отверстие от пули пистолета ТТ будет меньшим, чем от винтовочной пули. Место ранения имеет значение в том отношении, что если пуля проходит через мягкие ткани, то при выстрелах на дальней дистанции размеры входного и выходного отверстий не резко разнятся между собою и могут быть одинаковыми по величине. Если же на пути прохождения пули встречаются кости, то пуля, пробивая их, уносит осколки костей перед собою и тем самым увеличивает размеры выходного отверстия. Толщина пробиваемого участка также может иметь отношение к величине выходного отверстия. Так, например, при выстреле в упор в кисть из пистолета ТТ или пистолета-пулемета выходное отверстие будет большим, разорванным от действия пороховых газов.

При выстреле в грудь, живот из этого оружия пороховые газы не окажут своего влияния на размеры выходного отверстия, так как их сила при прохождении через ткани израсходуется. Однако при выстреле в грудь в упор из винтовки сила действия пороховых газов может сказаться и на величине выходного отверстия.

Деформация пули может значительно изменить величину как входного, так и выходного отверстий. Пуля может деформироваться до вхождения в тело (при рикошете), почему входное и выходное отверстия могут быть намного больше диаметра пули. Деформация пули может произойти в теле, от удара о кости. Такая пуля, разрушая кости и мягкие ткани, выталкивая их перед собой, может дать очень большое выходное отверстие. Пуля при деформации может разрываться на несколько частей, почему при одном входном отверстии может быть несколько выходных. Большие выходные отверстия возникают и в тех случаях, когда пуля обладает значительной живой силой (у винтовок, пулеметов). Разрывные пули и взрывные пули также дают большие выходные отверстия. При выстрелах в упор или на очень близком расстоянии в ладонь из винтовки и пистолета-пулемета выходное отверстие на тыле кисти имеет весьма характерный вид:

оно значительно больше входного, звездообразной формы с 4–5 лучами, из раны выступают разорванные мягкие ткани, обрывки сухожилий и обломки костей.

Выходное отверстие может иметь вид щели, угла, быть разорванным, звездообразным и т.п.

Форма выходного отверстия чрезвычайно разнообразна. Из вышеуказанного вытекает, что механизм образования входного и выходного отверстий очень сложный и зависит от целого ряда дополнительных факторов. Поэтому нельзя решать вопроса, какое из отверстий является входным, а какое выходным, по какому либо одному признаку, без учета совокупности результатов детального обследования раны и анамнестических особенностей ранения;

Особенности огнестрельных ранений кистей и стоп при выстреле в упор и на близком расстоянии (Авдеев)

Кисти и стопы при членовредительстве повреждаются наиболее часто. Входные и выходные отверстия на кистях и стопах при выстрелах в упор и на близком расстоянии имеют некоторые особенности, зависящие от свойств оружия и анатомического строения стоп и кистей. Незначительная сравнительно толщина их, отсутствие сплошной прослойки мягких тканей делает понятным разрушительное действие газов при выстрелах в упор и на очень близком расстоянии на ткани в области входного и особенно выходного отверстий. Эти особенности довольно характерны и дают возможность поставить правильный диагноз выстрела на близком расстоянии или в упор. Это относится не ко всем системам оружия.

1. Трехлинейная винтовка. Выстрелы в упор или на очень близком расстоянии в кисть характеризуются следующими особенностями, подтвержденными и экспериментальными данными (Свинтецкий, (по Эйдлину), Эйдлин, Авдеев).

Входные отверстия разорванные, большей частью щелевидной формы, края входного отверстия и ткани в глубине раны покрыты значительным количеством серой копоти и порошинок. Кожа в окружности раны также покрыта копотью. Ближе к входному отверстию кожа темно-серого цвета, к периферии интенсивность закопчения слабеет.

Выходное отверстие значительно больше входного, разорванное, иногда с вывороченными краями. Форма отверстия Х-образная, чаще звездообразная с 3, 4 и 5-ю лучами. В глубине раны можно обнаружить налет серой копоти на тканях, особенно на сухожилиях.

2. Ручной пулемет (ДП) дает такие же ранения, как и трехлинейная винтовка.

3. Самозарядная винтовка образца 1940 г. значительно отличается по своему действию от трехлинейной винтовки, благодаря наличию дульного тормоза, ослабляющего действие пороховых газов.

Входное отверстие разорванное, большей частью щелевидной формы, но разрывы не так обширны, как при выстрелах из трехлинейной винтовки, копоть на коже и в глубине раны имеется в достаточном количестве.

Выходные отверстия небольшие, до 1 см в диаметре, обычной округлой формы, с небольшими надрывами и резко отличаются своей величиною и характером от того, что отмечено выше для трехлинейной винтовки и пулемета. Отсутствие разрывов тканей у выходного отверстия объясняется тем, что часть газов уходит через прорезы дульного тормоза, отчего общее действие газов значительно слабее. Эти особенности действия самозарядной винтовки установлены экспериментально при выстрелах в кисти трупов. Нужно полагать, что эти особенности действия самозарядной винтовки довольно постоянны и их необходимо иметь в виду при решении вопроса в том, из какого оружия был произведен выстрел.

4. Пистолет-пулемет (ППД) при выстрелах в упор в ладонь дает разорванное входное и выходное отверстия, похожие на раны от трехлинейной винтовки, но меньших размеров, с порядочным количеством копоти в области входного отверстия.

5. Пистолет ТТ при выстрелах в упор в ладонь дает разорванное, закопченное входное отверстие и небольшое выходное отверстие. Действие пистолета ТТ похоже на действие самозарядной винтовки.

Огнестрельные ранения стоп

При выстрелах из трехлинейной винтовки, ручного пулемета, самозарядной винтовки и пистолета-пулемета в стопы входные и выходные отверстия также имеют характерные особенности.

Входные отверстия на тыле стопы разорванные, неправильной формы, с несколькими лучами. Края и ткани в глубине раны покрыты налетом копоти. Трехлинейная винтовка и ручной

пулемет дают обширные рваные раны; самозарядная винтовка и пистолет-пулемет дают раны меньших размеров, меньше разрывают ткани.

Выходные отверстия на подошвенной стороне при выстрелах из всех перечисленных выше систем оружия, как правило, имеют линейную щелевидную форму, иногда с одним, двумя небольшими боковыми разрывами. Такие особенности имеют входное и выходное отверстия при выстрелах в незащищенную стопу. Кожаная обувь задерживает действие газов и дополнительных факторов выстрела.

Влияние различных прокладок на картину близкого выстрела

Членовредитель иногда стремится скрыть следы выстрела на близком расстоянии и для этого производит выстрел через предметы. Оказывается, что такая предосторожность не всегда помогает. Экспериментальные данные (Эйдлин) показали, что при выстрелах в упор на коже трупов, покрытой пятью слоями толстого шерстяного одеяла и бязи можно было видеть разорванные раны размерами до 5–9 см (материал, покрывающий конечности, разрывался). В глубине ран отчетливо был виден налет копоти. При выстрелах на расстоянии от 1 до 5 см не все слои покрывающего материала разрывались. Входные отверстия в коже были значительно меньше (1,5–2 см). В пулевом канале был виден налет копоти и обрывки волокон материи. Мейкснер обнаруживал вокруг раны порошинки и копоть при выстрелах на расстоянии 5 см через 5 слоев форменной одежды и слой бельевого материала. При выстрелах через доску и жесть на расстоянии 1 см по краю раны можно было видеть небольшой налет копоти (Эйдлин).

При выстреле в упор в ладонь из трехлинейной винтовки через 8 слоев шинельного сукна рана имела звездообразную форму диаметром 1 см, и с надрывами краев до 1 см длиною. Внутренние края раны, так же как и ткани, в глубине ее были покрыты серым налетом копоти. Налет копоти шириною 0,5 см был замечен и на коже вокруг нижней половины входного отверстия.

Выходное отверстие на тыле кисти размерами 5,2×1,5 см — с тремя надрывами. В глубине, особенно на сухожилиях, хорошо замечен сероватый налет копоти.

При выстрелах из самозарядной винтовки в ладонь:

а) в упор через прокладку из трех слоев шинельного сукна входное отверстие на ладони 0,7 см диаметром с небольшими надрывами краев. Внутренние края раны в ткани в глубине ее покрыты хорошо заметным серым налетом копоти. Таким же налетом покрыта и кожа вокруг нижней части половины раны. Выходное отверстие на тыле кисти — 0,5 см с небольшими надрывами краев.

б) В упор через прокладку из 6 слоев шинельного сукна. Входное отверстие на ладони диаметром 0,4 см. Края раны и ткани в глубине закопчены сероватой копотью. Серый налет копоти шириною 0,4 см на коже вокруг входного отверстия.

Выходное отверстие. Звездчатой формы рана 0,8×0,4 см.

в) На расстоянии 5 см через прокладку из 2-х слоев шинельного сукна.

Входное отверстие на ладони округлой формы, диаметром 0,5 см, без надрывов. Слабый серый налет копоти на коже, краях и в глубине раны.

Выходное отверстие на тыле кисти щелевидной формы, длиною 0,5 см.

г) На расстоянии 10 см через прокладку из 3-х слоев шинельного сукна.

Входное отверстие на ладони округлой формы, диаметром 0,6 см, никаких следов копоти.

Входное отверстие на тыле кисти щелевидной формы, длиною 0,8 см.

При выстрелах из пистолета-пулемета (ППД) в ладонь в упор, через прокладку из 5 слоев шинельного сукна.

Входное отверстие на ладони диаметром 0,5 см с небольшими надрывами краев. По краям и в глубине раны слабый сероватый налет копоти.

Выходное отверстие на тыле кисти диаметром 0,4 см (Авдеев). Эти данные свидетельствуют о том, что очень трудно скрыть следы близкого выстрела даже в том случае, если применяются различные маскирующие близкий выстрел предметы. Кожа, обувь задерживают и ослабляют признаки близкого выстрела.

Возможные ошибки при определении дальности расстояния в направлении выстрела

Разнообразие огневых средств, применяемых в настоящей войне на поле боя, порождает и исключительное многообразие повреждений. Все сказанное выше относится к оружию и

снаряжению наиболее распространенному и чаще всего встречающемуся (винтовкам, пистолетам, обычным пулям). Не исключена возможность, что сходные изменения могут давать и другие виды огнестрельного оружия. От врача-эксперта требуется чрезвычайная осторожность при оценке полученных данных. Не следует поддаваться первому впечатлению, а делать выводы только на основании тщательного анализа обнаруженных изменений. Необходимо указать на некоторые источники возможных ошибок.

Следы копоти. Не всякое почернение кожи в окружности раны является следами копоти от близкого выстрела. Кожа может быть черной просто от грязи. При ранениях кисти в таких случаях полезно сравнить состояние кожи на другой руке. Нам известен такой случай: в заседании военного суда разбиралось дело по обвинению одного солдата в членовредительстве. Врач обнаружил у него в окружности входного отверстия на левой ладони значительное почернение кожи и дал заключение о выстреле на близком расстоянии. На судебном процессе подсудимый, поняв о чем идет речь, заявил суду, что он шахтер, много лет работает в шахте. Угольная пыль у него въелась в кожу. В доказательство он протянул суду правую руку, ладонь которой оказалась такой же черной, как и левой. Дело же было возбуждено по заключению врача, который при перевязке принял это почернение за копоть и не потрудился не только посмотреть на другую руку, но и расспросить раненого. Почернение краев входного отверстия может возникнуть в результате прохождения пули через старую, грязную одежду или обувь.

Ранения осколками мины, гранат, шрапнелью также могут иметь следы почернения. При взрывах снарядов, мин, гранат в рану могут заноситься частички земли, грязи и т.п. Наконец, за следы близкого выстрела может быть принят «поясок обтирания». Из этого следует, что для доказательства близкого выстрела недостаточно обнаружить серо-черную окраску кожи вокруг входного отверстия, нужно еще доказать, что это почернение вызвано конотью. Следует помнить, что присутствие копоти может быть доказано химическим исследованием в специальных лабораториях.

Величина раны также не является безусловным доказательством выстрела в упор или выстрела на очень близком расстоянии. Большие входные отверстия могут возникнуть при ранении осколками различных снарядов, мин и гранат, а также разрывных пуль, надпиленных или специальных (для осколочных ранений, между прочим характерны множественные повреждения), кроме того, и обычные пули от винтовок, пистолетов могут при известных условиях давать большие входные отверстия. Это возможно при ранениях рикошетом, под углом, деформированной пулей и пулей на излете, когда она может входить в тело плашмя и вызывать большую рану (см. «Выходное отверстие»).

Из какого оружия был произведен выстрел

Этот вопрос, пожалуй, является наиболее трудным для врача-эксперта, особенно не имеющего опыта в экспертизе огнестрельных повреждений. Если установлено, что выстрел был произведен в упор или на близком расстоянии, то вопрос о типе оружия решается на основании размеров входного и выходного отверстий и характера закопчения кожи. Выстрелы из винтовки и сходного оружия (карабинов, ручных пулеметов) характеризуются обширными разрушениями как в области входного, так и особенно выходного отверстий. Выстрелы из револьверов и пистолетов никогда таких обширных разрушений не дают, особенно при выстрелах в кисти. Характерный вид имеют выходные отверстия при выстрелах в упор из винтовки в ладонь (см. «Ранения кисти»). Благодаря сильному разрывному действию газов кожа у выходного отверстия на тыле кисти разрывается лучеобразно. Появляются 4–5 разрывов, расходящихся от центра в разные стороны.

Для дифференциального диагноза может иметь значение оттенок копоти — различный у различных сортов пороха. Это может иметь значение лишь для решения вопроса о возможности применения трофейного оружия. Для того, чтобы решать вопрос о системе оружия по характеру закопчения ткани, следует провести ряд опытных выстрелов в куски картона, бумаги, белый материал с различных расстояний (от выстрела в упор до одного метра) из различных систем оружия, в том числе трофейного, и иметь такой набор всегда при себе. Следует еще раз подчеркнуть, что решать вопрос о системе оружия по повреждению, нужно с большой осторожностью, и в затруднительных случаях лучше отказаться от разрешения этого вопроса, чем основывать свое заключение на априорных предположениях.

Членовредительство при помощи ручных гранат

Большая взрывная сила ручной гранаты делает невозможным непосредственное применение этого вида оружия для членовредительства. Тем не менее известны факты применения ручных гранат для умышленного получения повреждения. Членовредитель бросает гранату из-за какого-нибудь укрытия и затем, выставив руку, получает повреждение от осколков. Существенное значение имеют повреждения, полученные при взрывах детонаторов гранат. В империалистическую войну наблюдались многочисленные случаи ранений при неосторожном обращении с детонаторами гранат. Детонаторы употреблялись в качестве мундштуков, вставок для карандашей и т.п. С этой целью содержимое детонатора удалялось. При этом нередко происходили взрывы детонаторов. Возникающие при взрывах детонаторов повреждения имеют характерные особенности, описанные в свое время Бризаром. При очистке детонатор захватывается 1, 2 и 3 пальцами левой руки. Правая рука держит какой-нибудь предмет, которым вычищается содержимое детонатора. Эта операция производится на уровне середины груди. При взрыве страдают больше всего пальцы левой руки, державший детонатор. Ногтевые и следующие фаланги отрываются, иногда отрывается весь палец. Правая рука повреждается меньше, но отрывы фаланг могут наблюдаться и на ней. Кроме этого, многочисленные мелкие осколки вызывают множественные мелкие, поверхностные ранения на передней поверхности груди и лица. Осколками могут быть повреждены и глаза. При рентгеновском исследовании таких повреждений находят разъединение фаланг и очень мелкие металлические осколки детонатора, распределяющиеся в виде маленьких палочек в сохранившихся частях пальцев и ладони. Встречаются при этом пылевидные осколки и осколки более крупные. Нельзя исключить возможности и членовредительства с помощью детонаторов от гранат, а также взрывателей от мин. Детонаторы, капсулы, взрыватели используют различными способами. Взрывают их в руке ударами, расковыриванием. Ударяют о гвоздь, камень, и затем бросают между ступнями. Кладут между ступнями и ударяют прикладом винтовки, чтобы при взрыве получить повреждение ступней. Делают это стоя или лежа.

Для распознавания существенное значение имеет обнаружение в одежде, обуви или в ране частей оболочек детонаторов или взрывателей, происхождение которых может установить опытный специалист — военный инженер; поэтому чрезвычайно важно сохранить подобные вещественные доказательства.

Потерпевший же должен будет объяснить, каким образом он мог получить повреждение от этих боевых средств. Повреждения при взрывах гранат, (так-же мин и снарядов) обычно бывают не единичными, а множественными (следует раздевать раненого при осмотре). Кожа в окружности осколочных повреждений может быть также зачернена копотью с осколков, грязью, землей и т.п.

Членовредительство при взрывах мин

Необходимо иметь в виду, что с целью членовредительства могут быть использованы и взрывы мин. Полет мины можно проследить глазом. Спрятавшись за укрытием и рассчитав приблизительно, где должен произойти взрыв мины, членовредитель выставляет какую-нибудь часть тела; обычно руку или ногу, и получает осколочные ранения. Умышленный характер таких повреждений может быть установлен только на основании следственной разработки конкретного случая или свидетельских показаний.

Имеются указания на возможность использования для членовредительства противопехотных мин. С этой целью на противопехотную мину наступают пяткой, чтобы получить повреждение ступни.

Осмотр огнестрельных ранений

Самые ценные данные могут быть получены при осмотре свежей раны. Внешний вид, форма, размеры входного и выходного отверстий, следы близкого выстрела при заживлении раны стусеиваются и теряют свою диагностическую ценность. Следы близкого выстрела у входного отверстия могут быть скрыты кровью, вытекающей из раны. Не следует опасаться, удалить копоть при обтирании крови с кожи вокруг раны. Простое осторожное обтирание краев раны не может удалить копоть. Раненый может попасть на прием к врачу уже после перевязки, с залитой йодной настойкой раной. Йод также может скрывать или стусеивать следы близкого выстрела. Очень осторожное обтирание кожи ваткой, смоченной в спирте, удалив или ослабив окраску йодом, даст возможность выявить следы копоти на коже, если они имеются. Следы близкого выстрела могут быть обнаружены иногда и в заживающей, гранулирующей ране в виде серого налета на дне и краях раны. Следовательно, даже в периоды заживания внимательный осмотр раны может дать известные результаты. Иногда кое-какие данные могут быть получены и при осмотре заживших

ран. Дело в том, что при выстреле на близком расстоянии частицы пороха могут внедряться глубоко в кожу, как бы татуировать ее. После заживления раны в рубцах и в окружности их такая пороховая татуировка может сохраняться в виде черных или синеватых точек, скоплений. По пороховой татуировке может быть распознано входное отверстие (следует иметь в виду возможность татуировки посторонними частицами — землей, мелкими осколками). Форма и величина рубцов и их соотношение также может иметь значение для определения расстояния и направления выстрела.

Описание огнестрельных повреждений

В случае подозрения на членовредительство врач обязан тщательно и подробно зафиксировать все обнаруженные изменения, т.е. запротokolировать их. Недопустимо краткое, поверхностное описание повреждений. Врач должен твердо усвоить, что в дальнейшем, при проведении следствия и на суде его протокольные записи обнаруженных изменений нередко являются самым убедительным доказательством членовредительства. Краткие же и невнятные записи могут поставить и следователя и суд, да и самого врача и крайне затруднительное положение. Поэтому точное протоколирование — обязательно. Записи следует составлять тут же, на месте, не откладывая их даже на несколько часов. Весьма желательно приложить к протоколу фотоснимок или хотя бы схематический рисунок от руки. При описании следует самым подробным и точным образом отмечать локализацию раны, ее отношение и расстояние от общеизвестных анатомических точек, размеры раны, характер краев. Размеры следует указывать точно в сантиметрах, а не на глаз. Недопустимо прибегать к сравнениям (с монетами и т.п.). Если рана звездообразной формы, то необходимо измерить длину каждого луча и указать его направление. Следует измерить диаметр раны, а если она неправильной формы, то указать размеры взаимно перпендикулярных длинников. Также необходимо указать, что замечено и обнаружено в глубине раны (инородные тела, осколки костей и т.п.). Нельзя ограничиваться просто диагностированием, например «Входное отверстие на ладонной поверхности левой кисти». Определение входного и выходного отверстий и дистанции выстрела должно явиться выводом из описания. Поэтому описание должно быть таким, чтобы, этот вывод по описанию ран мог сделать любой эксперт, когда ему придется выступать в суде. Особенно тщательным и точным должно быть описание следов копоти. Прежде всего следует указать, была ли кожа вокруг раны запачкана кровью или кровь была удалена обмыванием кожи. Далее следует указать, имеется ли почернение тканей в глубине раны, на каких тканях, какого цвета, интенсивное или нет (черная, серо-черная, серая окраска и т.п.).

Переходя к описанию краев раны и окружающей кожи, необходимо также отмечать цвет почернения, ширину пояска зачернения в сантиметрах, его интенсивность, равномерность или неравномерность. Надо указать, резкие или нерезкие границы пояска зачернения. Обязательно описывать состояние и цвет кожи в окружности пояска зачернения и, если, ранение на кисти, состояние кожи на другой руке. Отмечать, есть или нет внедрение порошинок (отдельных черных точек) в коже и на каком пространстве вокруг раны такие вкрапления имеются. При описании почернения не следует указывать, что оно вызвано копотью, а делать этот вывод в заключении.

Описание одежды

В подозрительных на членовредительство случаях описание одежды имеет не меньшее значение, чем описание ранений. Оно должно быть таким же тщательным, точным и полным. Особенно тщательно следует описывать одежду в тех случаях, когда признаки близкого выстрела отсутствуют в ране. При описании одежды должны быть описаны локализация, размеры и характер повреждений всех слоев одежды, степень ее загрязнения, следы почернения в окружности повреждения, его размеры, цвет и интенсивность. При ранениях кисти внимательно должны быть осмотрены рукава, на которых могут быть обнаружены следы копоти. То же самое относится и к осмотру обуви, если ранение находится на стопе или голени.

Собирание анамнеза и опрос

Врач, заподозривший членовредительство, обязан собрать подробный анамнез и как можно тщательнее опросить раненого. Все, что врач услышит, он обязан точно и подробно записать. Эти записи представляют для следователя огромную ценность. Прежде всего врач должен запомнить, что он ничем не должен выдавать своих подозрений, во всяком случае до тех пор, пока объективные данные не дадут ему уверенности в справедливости подозрений. Учитывая возможность ошибок, врач должен вести опрос внимательно и бережно. Ни в коем случае нельзя начинать

собираение анамнеза с уличающих вопросов. Необходимо прежде всего дать раненому полностью высказаться и точно записать его рассказ, ставя только дополнительные, уточняющие вопросы. Лишь после этого следует ставить вопросы, касающиеся противоречий в показаниях и несоответствия показаний с объективными данными. Такой порядок опроса не дает возможности членовредителю изменить свои показания, выдвинуть новую версию или отказаться от прежних показаний. Все полученные данные должны быть занесены в акт освидетельствования и переданы военному следователю.

Значение вещественных доказательств

В делах о членовредительстве чрезвычайно важное значение в качестве бесспорных улик имеют вещественные доказательства (обувь, одежда и предметы личного обихода со следами близкого выстрела, инородные тела в ране в виде крошек хлеба, щепочек, отстреленные пальцы, удаленные ткани со следами копоти и т.д. и т.п.). Розыск, осмотр, описание и сохранение вещественных доказательств не менее важны, чем освидетельствование самого членовредителя. Прекрасной иллюстрацией этому может служить следующий случай, сообщенный д-ром Ю.М. Кубицким.

На одну железнодорожную станцию пришел красноармеец К. и заявил, что он упал с санитарного поезда и поранил себе ногу. При осмотре врач обнаружил у него свежее огнестрельное ранение голени и подживающие раны ягодицы и плеча. Сотрудники уголовного розыска при осмотре места, где, по словам К., он упал с поезда, обнаружили зарытыми в землю: винтовку, подсумок, изрезанную сумку от противогаза, простреленный резиновый шлем от противогаза, окровавленную перчатку и вафельное полотенце. На резиновом шлеме пороховой копотью был отпечатан рисунок вафельного полотенца. На подсумке и сумке от противогаза были инициалы, одинаковые с инициалами К. Попытка определить группу крови на портянке не увенчалась успехом, так как были указания на различные группы. Было высказано предположение, что у К. был сообщник. Под давлением улики К. сознался и рассказал, как все произошло. Санитар поезда, в котором ехал К., земляк К., предложил прострелить ему ногу, чтобы избежать возвращения в часть после выздоровления. К. согласился. Оба они спрыгнули на ходу с поезда, захватив с собой винтовку санитаря. К. разулся, обернул голень своей портянкой, положил сверху вафельное полотенце, а на него шлем противогаза и стал ногой в ямку. Санитар лег на землю, приставил к резиновому шлему винтовку, а свое предплечье приложил к противоположной стороне голени К. и произвел выстрел, которым ранил К. и себя. Затем они зарыли все в землю и разошлись в разные стороны. К. сознался в членовредительстве после того как ему продемонстрировали, в каком порядке были наложены маскирующий близкий выстрел предметы и сказали, что у него был сообщник.

Вещественные доказательства могут быть обнаружены на месте происшествия и при осмотре членовредителя. Если только имеется возможность, следует обязательно осмотреть самым внимательным образом место, где, по словам заподозренного в членовредительстве, он получил ранение. Осмотр следует совершать методически, шаг за шагом. При этом полезно заставить членовредителя продемонстрировать, в каком положении он находился в момент ранения и сопоставить это положение с соотношением входного и выходного отверстий. На месте происшествия могут быть обнаружены различные приспособления для выстрела и маскирующие близкий выстрел предметы. При освидетельствовании членовредителя должны быть внимательно осмотрены его одежда и другие личные предметы: плащ-палатка, противогаз, белье, оружие. Предметы личного обихода и снаряжения членовредитель мог употреблять в качестве маскирующих близкий выстрел средств. При осмотре оружия на стволе и в канале ствола могут быть обнаружены следы крови и в дальнейшем определена группа крови. При осмотре одежды, кроме поисков, признаков близкого выстрела, необходимо обращать внимание на положение огнестрельных отверстий и их отношение к входному и выходному ранениям. При этом нужно сопоставить соотношение отверстий в одежде и ран обязательно и в том положении, в каком, по словам членовредителя, он получил ранение. При этом следует учитывать возможность простреливания одежды, собранной в складки.

Нужно твердо запомнить, что никаких манипуляций с предметами, изъятыми в качестве вещественного доказательства производить нельзя: недопустимо их мыть, чистить и т.п. Они должны быть сохранены в том виде, в каком были получены. Если одежда, белье, снаряжение мокрые, или пропитаны кровью, то их необходимо высушить. Для того, чтобы вещественные доказательства сохранили свое значение в качестве улики, они должны быть соответствующим образом упакованы. Огнестрельные повреждения должны быть покрыты кусочками чистой

материи или бумаги, которые пришиваются витками вокруг отверстия. Кусочки бумаги или материи нужно брать диаметром 20–30 см и пришивать таким образом, чтобы отверстие в одежде находилось против их центра. После этого одежду следует сложить так, чтобы прикрытые материей или бумагой места находились внутри. Все эти предосторожности необходимы для того, чтобы сохранить следы близкого выстрела. Оружие со следами крови необходимо обернуть прежде кусочком чистой материи, а затем какой-либо непромокаемой тканью. В качестве вещественных доказательств могут быть инородные тела, обнаруженные в ране (осколки пуль, крошки хлеба, кусочки дерева, волокна материи и т.п.), а также отстреленные и иссеченные хирургом ткани краев раны со следами пороха, осколки, костей из раны со следами копоти, кусочки сухожилий, пальцы и т.п. Этот материал следует класть в стеклянные баночки, лучше с притертой пробкой, пробирки. Во избежание гниения кусочки тканей следует заливать 10% раствором формалина или чистым спиртом. Все отобранные в качестве вещественных доказательств предметы необходимо тщательно упаковать в материю или бумагу, по возможности обшить, крепко обвязать и обязательно опечатать. Следует добавить, что из одежды или обуви нельзя вырезать куски тканей с повреждениями, а направлять все целиком. Все изъятые вещественные доказательства направляются военному следователю. При этом должна быть составлена подробная опись всех предметов; с указанием, при каких обстоятельствах и у кого они были изъяты.

Составление акта освидетельствования

При осмотре потерпевшего должен быть составлен акт освидетельствования. Врач, осматривающий военнослужащего, подозреваемого в членовредительстве, должен знать, что составленный им акт освидетельствования является очень важным и ответственным документом, который будет затем фигурировать на следствии и в суде. Поэтому он должен со всей внимательностью отнестись к его составлению. Акт не должен возбуждать сомнений и недоуменных вопросов. Акт состоит из следующих частей:

Вступительной части, описательной части, заключительной части.

1. Вступительная часть акта должна содержать следующие данные: дату и место освидетельствования, кем и в присутствии каких понятых производилось освидетельствование, жалобы потерпевшего и подробные показания об обстоятельствах и механизме повреждения.

2. Описательная часть акта должна заключать:

1). Осмотр и описание одежды.

2). Подробное описание локализации, размеров и форм повреждений и характер окружающих тканей. Наличие инородных тел, их размеры, характер и особенности. Описание воспроизведения потерпевшим положения его при ранении. Весьма желательно дополнить это приложенным схематическим рисунком или фотоснимком.

3. Заключительная часть акта должна содержать мнение врача, о виде повреждения (умышленное или случайное) с обязательной подробной мотивировкой. Заключение врача должно вытекать непосредственно из объективных данных и должно быть строго обоснованным. Под описательной частью подписывается врач-эксперт и понятые, а также следователь, если он присутствовал при освидетельствовании. Заключительную часть подписывает только врач-эксперт.

Доказательство членовредительства

На чем может основывать свое заключение врач-эксперт? Только на тщательном анализе всех материалов дела: на характере повреждений, обстоятельствах дела, вещественных доказательствах. Например, сам по себе факт ранения левой кисти еще не является основанием для подозрения членовредительства. Но, если при этом обнаруживаются признаки выстрела в упор или на близком расстоянии, если у раненого находят предметы с признаками близкого выстрела, если его объяснения не соответствуют объективным данным, то подозрение в членовредительстве во всех этих фактах получает объективное подтверждение. Эксперт получает основание для заключения об умышленном нанесении повреждения. Признаки выстрела в упор или на близком расстоянии, являясь весьма подозрительными на членовредительство, в то же время не могут считаться безусловным доказательством умышленного саморанения. Повреждения на таких дистанциях возможны в рукопашном бою, во время атаки. Иной раз и сам раненый не может объяснить, при каких условиях он получил повреждение. Исключительный в этом отношении случай приводит Мейкснер. При отступлении австрийской армии в Карпатах, на пункт медпомощи явился один гусар. Врач обнаружил у него входное отверстие на левой ладони с признаками

ранения на близком расстоянии. Врач не решался поставить диагноз членовредительства. Сам же раненый не мог объяснить обстоятельств ранения. Вскоре пришел командир части, где служил раненый, и рассказал, что ранение произошло при следующих обстоятельствах. Командир, карабкаясь по крутому склону, неожиданно покатился вниз. Гусар, желая помочь ему, ухватился за ствол карабина, который командир держал в руке. Командир в это время случайно нажал на спуск и произвел выстрел, ранив гусара. Последний выпустил карабин, не поняв, откуда был выстрел, ранивший его в руку. Таким образом, врач-эксперт не имеет права давать свое заключение об умышленном повреждении по первому впечатлению и только на основании признаков близкого выстрела, не изучив тщательно всех материалов дела.

Повреждения, полученные от выстрелов с дальней дистанции, например, при выставлении руки из окопа, сами по себе не дают каких-либо признаков для суждения об умысле. В этих случаях распознаванию могут способствовать иные обстоятельства не медицинского характера (свидетельские показания, изучение обстоятельств ранения, а также неправдоподобные, сбивчивые объяснения потерпевшего об обстоятельствах ранения). Поэтому в случаях, когда у врача возникает подозрение при отсутствии признаков выстрела в упор или на близком расстоянии, особое значение приобретает собирание анамнеза, и тщательный, детальнейший опрос раненого об обстоятельствах ранения. В условиях боя появление большого количества раненых в руку, особенно в левую, может вызвать у медперсонала на пунктах медпомощи и у командования подозрение в умышленном нанесении повреждений. Такие раненые должны быть внимательно осмотрены и опрошены. Не следует при этом упускать из вида и того обстоятельства, что скопление во время или после боя на медицинских или эвакуационных пунктах раненых в руку может объясниться просто тем, что такие раненые имеют возможность передвигаться сами, на собственных ногах, без посторонней помощи. Такие факты имели место в империалистическую войну. Шавиньи приводит по этому поводу рассказ Вен. После боев под Ускупом сербские офицеры обратили внимание на то, что в эвакуационные госпитали поступает 95% солдат с ранением рук. Полагая, что это все членовредители, всех раненых решили предать военному суду. В дальнейшем стало попятным, что первый эвакуационный поезд подобрал легко раненых, которые могли самостоятельно покинуть поле боя.

Членовредительство при помощи острых, рубящих и режущих орудий

Этот способ членовредительства встречается чаще в мирное время. В военное время с ним можно встретиться в тылу и в более редких случаях на фронте. Орудиями преступления служат топоры, колуны, большие кухонные ножи, но могут также применяться для этой цели штыки (от самозарядных винтовок), шанцевые инструменты и т.п. В одном случае членовредитель отрубил себе палец на ноге самодельной бритвой. Бритву он приставил на палец, а затем ударил по бритве обухом топора и объяснил повреждение случайным ударом топора по ноге. Членовредительство при помощи острых, рубящих и режущих орудий в каждом конкретном случае объясняется членовредителем соответствующими вымышленными обстоятельствами дела. Обычно такие умышленные повреждения выдаются членовредителями за несчастный случай во время работы. Например, во время колки дров топор соскользнул и удар пришелся по пальцам, или же при попытке разрубить на кухне большую кость, потерпевший якобы промахнулся и ударил топором по ноге. Третий обтесывал колышки для палатки острым топором, и как бы случайно отрубил себе пальцы. Или же выдвигается версия о том, что повреждение получено при нападении, в то время, когда потерпевший поднял руку для самозащиты.

Как и при огнестрельных повреждениях, членовредительство совершается обычно без свидетелей, в укромном месте и нередко связывается с исполнением служебных обязанностей, т.е. производится, например, во время несения наряда по кухне (колка дров, обработка мясных туш), при столярных и плотницких работах и т.п. Такие повреждения могут иногда наноситься и при свидетелях. Один членовредитель отрубил себе палец в вагоне эшелона, в пути следования, объясняя это неудачным ударом топора при колке дров во время движения поезда. У членовредителя могут быть сообщники из числа товарищей или членов семьи (когда членовредитель находится в краткосрочном отпуску). Сообщник сам наносит удар, либо ударяет по приставленному членовредителем к телу оружию. Повреждаются преимущественно пальцы рук, и излюбленно, левой (у правой). Если же повреждается правая рука (чаще всего указательный палец), то членовредителю приходится выдумывать версию, объясняющую факт нанесения удара левой рукой. Так, один членовредитель объяснял повреждение правой руки тем, что у него на этой руке

была ссадина, мешавшая держать топор правой рукой. Кроме пальцев рук, повреждаются пальцы ног, реже стопы и голени. Повреждение острыми режущими орудиями на других частях тела (на шее, груди, животе) встречаются редко и объясняются обычно попытками к самоубийству. В этих случаях нужно обращать внимание на локализацию повреждения в смысле действительной опасности для жизни, глубину повреждения (при членовредительстве они бывают большей частью поверхностными), число ран. При освидетельствовании и экспертизе потерпевших с такими повреждениями следует обращать внимание и описывать следующие, имеющие весьма существенное значение для суждения об умышленном повреждении, детали.

Локализация повреждения должна быть точно указана и описана. Какие части тела отделены, на каком уровне, каково соотношение с окружающими частями. Края раны имеют очень большое значение, в частности для суждения об остроте лезвия, силе удара, о плотности той опоры, на которой находилась поврежденная часть тела, о положении части тела в момент нанесения повреждений (на весу или, наоборот, на опоре). Гладкие ровные края раны, как мягких тканей, так и кости могут свидетельствовать о том, что оружие было острым, удар сильным и резким, поврежденная конечность находилась на плотной опоре. Неровные, слегка размятые края раны, особенно сопровождающиеся растрескиванием или надтрескиванием трубчатых костей, фаланг, с осколками костей в ране могут зависеть от того, что орудие было тяжелым, с тупым лезвием, удар был неуверенным, опора, подкладка под повреждаемой частью тела не была достаточно плотной. Если палец отделен неполностью, а сохранился мостик из мягких тканей, или если при полном отделении пальца на одном из краев раны остается лоскут кожи в виде выступа, хвостика, то можно предположить, что удар был получен в то время, когда конечность находилась на весу, не имела опоры; при этом не будет и гладкой поверхности кости. По мнению Ниппе, палец в момент удара, находящийся на весу, не может быть полностью отделен.

Направление раны, линия отделения, скошенность краев в ту или иную сторону и по отношению к окружающим тканям и органам должны быть обязательно указаны, так как по всем этим данным можно судить о положении, в каком находилась конечность в момент нанесения удара. Например, при осмотре левой кисти у одного бойца, отрубившего себе часть первого пальца левой руки, было обнаружено следующее: край культи ровный, как в мягких тканях, так и кости. Линия отделения идет в косом направлении по отношению к длиннику пальца. Верхний конец этой линии с ладонной и тыльной поверхностями обращен к указательному пальцу, а нижний конец направлен наружу. Вывод: 1) Часть 1-го пальца была отрублена сильным ударом острого рубящего орудия (например, топора). 2) Острие топора в момент удара находилось под острым углом по отношению к длиннику пальца. 3) Палец мог быть отделен только ударом по тыльной его поверхности. Если бы удар был произведен по ладонной поверхности пальца, то при обычном держании топора линия отделения проходила бы в обратном направлении.

Глубина раны дает возможность судить о силе удара, тяжести орудия и т.д. В качестве ценного вспомогательного метода исследования обязательно следует прибегать к рентгену, производить снимки и их приобщать к делу. Снимки дадут возможность судить о состоянии костей (наличия трещин), направлении линии отделения кости и т.п. Снимки необходимо делать и в тех случаях, когда произошло рубцевание культи. При осмотре и освидетельствовании очень желательно прикладывать к акту или фотоснимок или же просто схематическую зарисовку повреждения. Если повреждена кисть, зарисовку нужно делать с ладонной и тыльной поверхностями отдельно.

Доказательство членовредительства. Безусловным доказательством членовредительства является наличие нескольких повреждений, расположенных друг около друга (особенно параллельных). Опыт показывает, что при умышленном повреждении членовредитель иногда наносит несколько повреждений, расположенных параллельно друг другу. Наличие таких засечек, указывает, что членовредитель, как бы примерялся к тому, как и где ему нанести удар. Иногда наносится несколько ударов, параллельных друг другу и полностью отделяющих пальцы на различных уровнях. Это может быть установлено при осмотре отделенных частей пальцев. Засечки могут быть обнаружены как на отрубленных частях пальцев, так и на культиях. При заживлении культи следы засечек могут быть обнаружены в виде параллельных рубчиков. Если осмотром установлено, что был нанесен не один, а несколько ударов, то факт умышленного нанесения повреждений налицо. Если повреждения локализируются на частях тела, прикрытых одеждой или обувью, то необходимо не только осмотреть повреждения на одежде или обуви, но и выяснить соотношение повреждений на одежде или обуви с повреждениями на теле. Дело в том, что в отдельных случаях членовредитель прежде наносит себе повреждение, а затем уже повреждает одежду. При этом

повреждение одежды или обуви не всегда совпадает по расположению с повреждением на теле. Различные слои одежды также могут повреждаться на различном уровне, причем некоторые части одежды в спешке или по оплошности могут оказаться вовсе неповрежденными. В одном случае членовредитель отрубил себе палец на ноге, затем прорезал сапог в соответствующем месте, обернул ногу портянкой, обулся и пошел к врачу. Врач обратил внимание на то, что портянка цела, в то время, как сапог поврежден, а палец отрублен. Таким образом преступление было раскрыто, и членовредитель сознался. При осмотре одежды и обуви также могут быть обнаружены доказательства умышленного нанесения повреждений. Об этом могут свидетельствовать, например, несовпадение повреждений на одежде или обуви и на теле. В приведенном выше примере, где палец был отрублен самодельной бритвой, членовредитель, примеряя, в каком месте ему прорезать сапог, нанес на сапоге ряд параллельных царапин. При экспертизе эти царапины на увеличенном фотоснимке очень хорошо стали заметны. Предъявленный членовредителю фотоснимок заставил его сознаться в совершенном преступлении.

Из всего сказанного следует, что роль вещественных доказательств и при этом способе членовредительства чрезвычайно велика. Необходимо поэтому все вещественные доказательства обязательно сохранять и передавать военному следователю. Должны быть изъяты орудия преступления, те опоры и подкладки, на которых были отрублены части тела (плахи, поленья, палки), те предметы, при работе с которыми было получено повреждение (например, кости), части одежды с повреждениями, обувь и, наконец, отделенные части тела (пальцы). Последние следует помещать в 10% растворе формалина или в спирте. Наконец, не следует забывать осматривать и место происшествия. При этом необходимо зафиксировать в протоколе обстановку происшествия, расположение различных объектов, следов крови и т.п. Желательно приложить к протоколу осмотра места происшествия фотоснимки или схему. Весьма полезным является реконструкция происшествия, т.е. восстановление при участии потерпевшего обстановки, в которой было получено повреждение.

Членовредительство подкладыванием конечностей под колеса транспортных машин

Членовредительство может быть произведено подкладыванием конечностей под колеса железнодорожных вагонов, гусеницы танков. Подкладываются обыкновенно руки, чаще всего только пальцы — один или несколько. Потерпевший объясняет полученное повреждение случайностью.

Например, членовредитель рассказывает, что он присел у вагона за естественной надобностью. При неожиданном толчке он случайно уперся рукою на рельсу и попал под колесо. Такой способ членовредительства может встретиться в части, следующей эшелонном, или на постах, выставленных у железнодорожных составов. Обширность и тяжесть полученных таким способом повреждений не всегда одинаковы. В одних случаях можно видеть отрыв пальцев с размятием, размождением мягких тканей и раздроблением костей. Края отрывов размятые, бахромчатые. Различные ткани разделены на различном уровне. Сухожилия могут быть вытянуты со значительной глубины и потом оборваны. Поэтому на отдавленных пальцах можно видеть сухожилия, свисающие в виде длинных нитей или лент. Кожа по краям отрыва может быть на значительном протяжении (равном иногда ширине давящей части колеса) осаднена. Такие повреждения не оставляют никаких сомнений в их происхождении. Но могут быть случаи, когда членовредитель пытается скрыть истинную причину повреждения и объясняет травму иными моментами. При том могут применяться известные предосторожности. Например, членовредитель стоял на посту у железнодорожного состава. При смене он заявил, что с платформы упал тяжелый железный бак и повредил ему левую руку. На тыльной и ладонной поверхностях 3-го и 5-го пальцев левой кисти было несколько поперечных разрывов кожи. Фаланги были припухшие, кровоподтечные, но не везде. После осмотра места происшествия его рассказ вызвал сомнение. Это сомнение было поддержано врачом, осмотревшим его руку. После некоторого запирательства он изменил свою версию и рассказал, что стоял, облокотившись на железнодорожную платформу. От неожиданного толчка состава потерял равновесие, упал и попал левой рукой под колесо вагона. При осмотре колеса были обнаружены следы крови, а при обыске потерпевшего найдена толстая шерстяная окровавленная варежка. В конце концов, он сознался в том, что умышленно положил пальцы под колесо вагона, надев предварительно варежку, чтобы скрыть истинный характер происшествия. В виду большой эластичности кожи внешние изменения при таких травмах могут быть и невелики.

Целость кожи может не нарушаться. Ткани же в глубине могут быть размяты, пропитаны кровью, а кости раздроблены.

Осмотр места происшествия может обнаружить следы крови на рельсах, на колесах, обрывки тканей и т.п. Вещественные доказательства также должны быть изъяты и сохранены.

Умышленное отмораживание

В холодное время года возможны умышленные отмораживания конечностей прикладыванием снега, льда с солью. Предварительно часть тела, подвергающаяся умышленному отмораживанию, может смачиваться водой, или для затруднения кровообращения конечность перетягивается жгутом из полотенца, портянкой и т.п. Искусственному отморажению подвергаются обычно стопы или реже кисти. Отличить такое умышленное отморажение от случайного, естественно, невозможно. Распознавание должно облегчить анамнестические данные и дополнительные сведения. Прежде всего следует установить, при каких обстоятельствах и в какой обстановке произошло отморажение. Известно, что некоторые условия благоприятствуют отморажению, в частности сырость, ветер, усталость. Одной низкой температуры не всегда еще достаточно чтобы человек хорошо одетый, с сухой обувью, при других благоприятных условиях, получил отморажение. Дополнительные сведения могут установить наличие или отсутствие отморожений в той же воинской части, условий в каких вообще находилась эта часть и сам потерпевший в частности; индивидуальные особенности отмороженного (повышенная потливость), метеорологические данные и т.д. и т.п. При этом нельзя забывать, что в условиях фронта чаще всего приходится встречать отморожения стоп (неумышленные). Профессиональные особенности различных родов войск сказываются на локализации отморажения: руки чаще отмораживаются у водителей автомашин, танков, пилотов, кавалеристов, лыжников.

Другие формы умышленных повреждений пальцев рук и ног

Помимо огнестрельных повреждений и повреждений острыми орудиями известны и другие формы членовредительства пальцев рук и ног с целью уклонения от военной службы. Некоторые виды этих повреждений упоминаются далее в связи с иными способами членовредительства. И при этих способах объектами членовредительства являются большей частью пальцы рук (указательный, средний и большой) и реже пальцы ног. Описаны следующие формы повреждений пальцев:

Атрофия пальца развивается после длительного ношения тугой, плохо проницаемой повязки (кожаного колпачка, резинового пальца, тугого бинтования и т.п.). Атрофия пальцев может достигать при этом значительной степени.

Повреждение сухожилий. На руке подрезают под кожей сухожилие разгибателя на тыле у основания пальца. Если заживление не осложнялось инфекцией, то получается так называемый «пружинящий» палец. Самостоятельное разгибание пальца становится невозможным. При пассивном разгибании, отпущенный палец тут же сгибается. Если членовредитель добился благодаря такому повреждению освобождения от военной службы, то он при помощи хирургической операции восстанавливает функцию пальца. Если повреждение сухожилия осложняется воспалительным процессом, то остаются более или менее стойкие изменения.

Воспаление сухожильных влагалищ (тендовагинит) с последующей стойкой неподвижностью и значительным нарушением функций пальца получают после всprыскивания в сухожильные влагалища раздражающих едких жидкостей.

Сращение пальцев производят обычным хирургическим сшиванием двух пальцев, причем могут оставаться еле заметные рубцы. Или же между пальцами закладывают какие-либо раздражающие вещества, например, части едких растений, чем вызывают резкое воспаление или изъязвление. После этого пальцы плотно прижимаются друг к другу и в таком положении забинтовываются. В процессе заживления пальцы срастаются вместе. В дальнейшем сращенные пальцы могут быть разъединены или хирургическим путем или же со стороны ладонной и тыльной поверхностей, между пальцами вновь закладываются едкие вещества: воспаление приводит сначала к разрушению рубцовой ткани, затем разъединению пальцев.

Контрактуры и сгибание пальцев получают следующим образом: на ладонной или боковой поверхностях пальца какой-либо раздражающей жидкостью или прикладыванием нарывного пластыря или пластыря из шпанских мушек вызывают ограниченное изъязвление кожи. После этого палец сгибается, укрепляется в согнутом положении липким пластырем, или бинтованием. В

таком положений происходит рубцевание, и после заживления палец остается согнутым. Изъязвление в области суставов ведет иногда к вскрытию и воспалению сустава и стойкому анкилозу. На стопе наблюдались контрактуры после перерезки сухожилий сгибателей с последующим сгибанием и фиксацией пальца до рубцевания.

Смещение и искривление пальцев наблюдается преимущественно на ногах в результате простого перекрещивания пальцев друг через друга и последующей фиксацией их в том же положении на продолжительное время. Этим добиваются стойкого смещения и искривления пальцев стопы. Доказательство искусственного нарушения функций пальца устанавливается при тщательном опросе свидетелеваемого о причинах заболевания и сопоставлений полученных сведений с данными осмотра. Повреждение пальцев производится заблаговременно и членовредитель является на осмотр уже со стойкими изменениями или с заживающими рубцующимися повреждениями. Прежде всего подозрительными в смысле членовредительства должны быть те повреждения пальцев, которые подходят под описание болезней и сделают субъекта негодным к военной службе. Поэтому необходимо установить где, когда и при каких обстоятельствах были получены повреждения пальцев. Скрывая истинный характер повреждения, членовредитель приводит обычно объяснения, которые не вяжутся с объективными данными или противоречат им. Так, например, избирательная потеря одного пальца на ноге или на руке объясняется обморожением, что очень мало вероятно; этому может также противоречить характер рубцов или заживающей раны. Давность повреждения может быть проверена по степени ороговения кожи на сгибательной поверхности пальцев. Так, если испытуемый утверждает, что палец находится в согнутом положении давно, а на сгибательной поверхности обнаруживается значительное ороговение, то он может быть уличен во лжи. Точно так же подозрительным является появление ограниченных рубцов или язв, при неповрежденных тканях в окружности. При химических ожогах может оставаться та или иная пигментация. Кроме того, должен быть проведен и тщательный дифференциальный диагноз с заболеваниями, которые могут дать такие же изменения.

Искусственные заболевания суставов

Искусственным путем вызывают воспаление суставов и ограничение подвижности их полное или частичное, а иногда и полное сращение сустава (анкилоз).

Воспаление суставов вызывают впрыскиванием в полость сустава различных раздражающих веществ — бензина, скипидара, керосина, или же эти вещества вводятся в окружающие сустав ткани.

Впрыскивание комбинируют иногда с продолжительным (около недели) бинтованием вышележащей области для вызывания застоя. В области сустава развивается разлитая припухлость, напоминающая туберкулезную «белую опухоль». Иногда при искусственном воспалении сустава могут появляться свищи, что еще более усугубляет сходство с туберкулезным поражением. Для симуляции выпота в сустав вводят стерильный физиологический раствор, который в течение некоторого времени может симулировать воспалительный экссудат.

Ограничения подвижности в суставе (контрактуры) также добиваются различными способами. Искусственная контрактура может развиться от бездействия сустава в продолжение месяца и больше. Для этого конечность бинтуется и сохраняется в неподвижном состоянии. Выбирается для этой цели или локтевой или коленный суставы. По вполне понятным причинам локтевой сустав сгибается обычно под прямым углом, а коленный фиксируется в разогнутом состоянии. В последнем случае необходимо, конечно, длительное пребывание в постели. В результате появляется более или менее выраженная контрактура и атрофия мышц конечностей. Контрактура может быть вызвана также впрыскиванием в область сустава раздражающих веществ, например скипидара, в область локтевого сгиба. Введение раздражающих веществ в полость сустава также может иметь следствием контрактуры. Кроме того, для получения контрактуры сначала вызывают изъязвление тканей в области сустава, затем конечность сгибается, и в согнутом положении язва зарубцовывается. После заживления рубец в той или иной степени ограничивает движение конечности.

Диагностика искусственных заболеваний основывается прежде всего на исключении тех болезней, которые дают те или иные поражения суставов (туберкулез, ревматизм, сифилис, заболевание центральной нервной системы и др.). Большое значение имеют анамнестические данные, в частности неправдоподобные объяснения испытуемого относительно причин и давности заболевания. В свежих случаях пункцией сустава могут быть добыты и обнаружены введенные

вещества. На коже в области сустава могут быть обнаружены точечные рубцы от уколов, атипичные, иногда, многочисленные, рубцы от бывших прижиганий и язв, происхождение которых испытуемый не всегда может объяснить. Все это вместе взятое, а также отсутствие определенных этиологических факторов, атипизм течения болезни, не укладывающегося в рамки известных болезненных форм, дает возможность распознать искусственное происхождение заболевания.

Искусственные вывихи

Имеются указания на возможность искусственного вывиха в плечевом суставе. Для этого требуется предварительная подготовка. В течение некоторого времени производится вытягивание плеча в плечевом суставе, благодаря чему суставная головка плечевой кости легко смещается до нижнего края суставной ямки. В дальнейшем такое смещение легко может быть произведено произвольным сокращением мышц плечевого сустава. При утомлении от сокращения мышц головка вновь входит в суставную впадину, благодаря чему и может быть распознан искусственный вывих. Наложение прочной повязки и фиксация сустава в обычном положении через некоторое время делает уже невозможным искусственное смещение суставной головки.

Искусственное истощение организма

Умышленное истощение организма без особого труда может быть вызвано различными способами и прежде всего голоданием. Помимо голодания, а иногда и в добавление к нему, прибегают к вызыванию частой рвоты или систематическому приему слабительных средств (кровоного масла, касторового масла, александрийского листа и др.). Из других средств известно применение с этой целью мышьяка, ртути, иода, свинца, мела и уксуса в больших количествах. К истощению может привести не только недостаточное, но и неполноценное (авитаминозы) и неправильное питание, а также соответствующий образ жизни (изнурение организма бессонницей, физическим переутомлением, половыми излишествами и т.п.). Так как истощение организма само по себе является лишь симптомом, несамостоятельным заболеванием, то выяснение причин истощения требует всестороннего обследования испытуемого, тем более, что он и сам может не знать о своей болезни. Истощение наблюдается при злокачественных новообразованиях, туберкулезе, диабете, хронической малярии, колите, болезнях желез внутренней секреции (плюриглангулярная, гипофизарная кахексии) и других заболеваниях, диагностировать которые далеко не всегда легко и при самом детальном клиническом исследовании. Кроме того, истощение, вызванное недостаточным и неполноценным питанием, может зависеть от тех условий, в которых находился испытуемый, а не от злого умысла. Поэтому всестороннее подробное клиническое обследование, исключая тяжелые, хронические заболевания, тщательное и длительное наблюдение, соответствующее питание и лечение дадут основание поставить правильный диагноз, установить истинную причину, подтвердить или отвергнуть умышленное истощение организма.

Солеедство

Под этим названием известно вызывание отеков, особенно на нижних конечностях, и общего истощения в результате повторения приемов больших количеств поваренной соли (до полстакана на прием по 2 и 3 раза в день). У здоровых людей небольшая солевая нагрузка (20–30 гр) не вызывает никаких расстройств. У лиц с явлениями гипоавитаминоза или почечной недостаточности отеки при солевой нагрузке развиваются довольно легко. Иногда, кроме соли, членовредители поедают большие количества горчицы, лука и даже мыла. Известны факты группового членовредительства. В таких случаях, помимо установления факта членовредительства, большое значение имеет и выявление подстрекателей и организаторов.

Распознавание этого вида членовредительства основано на клиническом обследовании испытуемых при постоянном, тщательном наблюдении и лишении испытуемых возможности продолжать приемы соли. Очень часто ценные сведения или прямые указания на солеедство имеются в следственном материале.

Во избежание ошибок необходимо исключить прежде всего отеки, вызванные недостаточным или неполноценным питанием (авитаминозы). К тому же у таких лиц может наблюдаться и повышенная потребность в соли. Поэтому нужно выяснить, в каких условиях находилась воинская часть и испытуемый в частности.

Искусственные заболевания легких

Нередко встречаются искусственные заболевания органов дыхания — преимущественно бронхиты. Для этой цели пользуются вдыханием паров, раздражающих дыхательные пути веществ. Развивающиеся при этом бронхиты ничем не отличаются от обычных бронхитов, имеющих в основе другую этиологию (охлаждение, инфекцию). Искусственный бронхит получается при вдыхании паров хлора, добытого любым способом. Для этого членовредитель носит при себе бутылочку с одним из следующих составов: серная кислота и хлористый калий или соляная кислота и перманганат калия или азотная кислота, перманганат калия и хлористый кальций. Вдыхание в течение дня паров хлора вызывало тяжелый и длительный бронхит. Кроме хлора, к таким же результатам приводит вдыхание паров брома, окислов кислот, пыли, серного цвета, курение папирос, приготовленных из смеси табака с толченой серой и других. Эти же вещества применяются также для поддержания и усиления уже имеющегося заболевания. Искусственный бронхит с повышением температуры возникает от приема в течение 1–2 дней иодистого калия по 0,5 2–3 раза в день. Искусственные бронхиты по своему течению ничем не отличаются от обычных бронхитов, и распознавание возможно в тех случаях, когда членовредитель уличается на месте преступления или у него при осмотре находят те средства, которыми он вызывал заболевание. Появление групповых заболеваний бронхитом в фронтовой обстановке в холодное время года не является само по себе указанием на членовредительство, так как оно может быть обусловлено длительным охлаждением тела, сыростью и другими условиями, в которых находилась военная часть («окопный бронхит»). К тому же в боевой обстановке получение и применение средств для вызывания бронхита мало доступно. Искусственные бронхиты бывают распространенными и симметричными преимущественно в нижних долях легких. Для диагностики имеет значение также беспричинное обострение заболевания (в результате повторных вдыханий раздражающих веществ). Помимо бронхитов описаны отдельные случаи искусственных плевритов, вызванных впрыскиванием в плевру небольших количеств иодной настойки.

Искусственное охлаждение тела

К искусственному охлаждению тела прибегают для того, чтобы вызвать то или иное заболевание (бронхит, воспаление легких, ангину), получить направление в госпиталь: (и тем самым уклониться или от участия в предстоящих боях или от отправки на фронт, причем искусственное охлаждение возможно в любое время года. Зимой с этой целью ходят босиком по снегу, остерегаясь получить обморожение. Летом залезают на несколько часов в реку, купаясь продолжительное время. Имеются указания и на такие факты, как поедание больших количеств мороженого с целью вызвать ангину. Понятно, что установление факта искусственного охлаждения тела не может быть произведено путем врачебной экспертизы, так как врач имеет дело лишь с последствиями охлаждения, т.е. с теми или иными заболеваниями. А если больной и указывает врачу на купание, например, как на причину своего заболевания, умалчивая, конечно, об умышленном охлаждении, то это не является еще основанием подозревать членовредительство. Поэтому распознавание этой формы членовредительства возможно только на основании следовательской разработки всех обстоятельств дела.

Искусственные грыжи

Искусственно вызванные грыжи следует отличать от так начинаемой «подделки грыжи». «Поддельные» грыжи воспроизводятся с целью ввести врача в заблуждение и заставить его принять за грыжу искусственную припухлость, чаще всего в области паха или мошонки. Подобные припухлости вызываются вдуванием воздуха под кожу шприцем или через трубочку, т.е. образованием подкожной эмфиземы, впрыскиванием парафина, впрыскиванием под кожу указанных областей раздражающих веществ. Возникающие при этом припухлости могут до некоторой степени симулировать грыжи.

Распознавание «поддельных» грыж не представляет значительных трудностей. При введении под кожу воздуха ощущается крепитация, а при проколе в области припухлости можно обнаружить выход воздуха. Введение парафина распознается теми же методами, как и при парафиномах (см. стр. 67). Впрыскивание раздражающих веществ сопровождается более или менее резко выраженными воспалительными явлениями с последующим уплотнением тканей. Характер введенных веществ может быть распознан при проколах или оперативном вмешательстве. Кроме того, при тщательном обследовании можно бывает обнаружить и места уколов.

Искусственные грыжи вызываются значительно более сложными и болезненными способами. Прежде всего необходимо указать, что все искусственные грыжи — это грыжи паховые и к тому же односторонние. Имеется указание лишь на единственный случай двухсторонней искусственной грыжи (Гликман). Объяснение избирательной локализации искусственных грыж нужно искать в анатомическом строении паховой области и пахового канала, в силу чего здесь более доступно насильственное расслабление брюшной стенки и последующее образование грыжевого мешка.

Искусственные грыжи могут быть вызваны самим членовредителем. Достигается это введением пальца в паховый канал с последующим растягиванием его. Эту операцию приходится повторять в течение продолжительного времени, чтобы добиться желаемого результата. Возникающие в результате таких манипуляций грыжи ничем не отличаются от обычных паховых грыж, и распознавание их искусственного происхождения на основании клинической картины невозможно. Более широкую известность приобрели те методы получения искусственных грыж, которыми пользовались особые «специалисты», подвизавшиеся в различных местностях в царской России, а иногда и выезжавшие на гастроли. Они работали либо в одиночку либо группами. Способы, применявшиеся ими, в основном сводились к механическому повреждению брюшной стенки или пахового канала, в результате чего возникают так называемые травматические грыжи. Способы «операции» заключаются в следующем: оператор вводит с силою пациенту в паховый канал палец, которым затем в глубине, под кожей, разрывает ткани. Вместо пальца пользовались также специально приспособленными инструментами. Общую известность получил инструмент, напоминающий расширитель для перчаток, который вводился в паховый канал. В других случаях пальцем или инструментом наносился сильный удар в паховую область. Сильные боли при этих манипуляциях нередко вызывали глубокое обморочное состояние и шок. Поэтому пациент оперировался пьяным или даже под хлороформным наркозом. После операции клиенту рекомендовали не ложиться в постель, а ходить, поднимать тяжести, кашлять, тужиться. Подобное вмешательство сопровождалось разрывами наружного пахового кольца, апоневроза наружной косой мышцы живота, травматизацией окружающих тканей. Известны случаи разрыва при этом семенного канатика с последующей азооспермией (рефлекс на другое яичко). Неудовлетворительный исход операции заставлял повторить ее еще раз. После операции появлялись подкожные кровоизлияния в паховой области и даже в области мошонки, не исчезающие в течение нескольких месяцев.

Диагностика искусственных грыж в тех случаях, когда вмешательство сопровождалось более или менее значительной травматизацией тканей, вполне возможна и не вызывает значительных трудностей. Отличительными признаками таких грыж являются: 1. Атипизм внешнего вида и локализация грыжи. 2. Несоответствие отверстия брюшной стенки и величины грыжевого мешка (отверстие брюшной стенки обычно шире). 3. Уплотнение и резко выраженная надорванность, неровность краев отверстия брюшной стенки. 4. При повреждении семенного канатика — его деформация, атрофия и рубцовое сращение с окружающими тканями. 5. Сращение внутренней ножки пахового кольца с глубже лежащими тканями. 6. Появление грыжи при натуживании и исчезновение ее в покойном состоянии. 7. Резкая болезненность при обычном исследовании грыжи в свежих случаях. 8. Более или менее распространенное кровоизлияние. Кроме того, дополнительными указаниями могут быть: молодой возраст, появление одновременно группы лиц с такими атипическими грыжами, противоречия и несообразности в анамнестических данных. Следует иметь в виду, что членовредитель сам может указывать на травматическое происхождение грыжи, например после падения или ушиба. Некоторым указанием на искусственное происхождение грыжи может служить меньшая травматизация тканей при искусственных грыжах, чем при грыжах после случайной травмы.

Искусственные свищи прямой кишки

Гнойные воспаления подкожной клетчатки в окружности прямой кишки вскрываются как наружу, так и в просвет кишки или же заканчиваются образованием свища. Свищи прямой кишки могут быть вызваны и искусственным путем. С этой целью около заднего прохода в кожу вкалывается толстая полая игла (троакара) с ватной или марлевой полоской внутри. Игла проводится через клетчатку и выводится через стенку кишки в ее просвет. Игла осторожно извлекается, а полоска ваты или марли остается, вызывая гнойное воспаление и развитие настоящего калового свища. Искусственные свищи имеют обычно правильную форму. Так как членовре-

дитель не может проделать сам себе такой операции, а обращается к услугам специалиста, то понятно, что появление группы лиц с одинаковой локализацией и характером свища заставит предположить искусственное происхождение их. Свищи прямой кишки можно еще симулировать тем, что у заднего прохода делают нарез кожи. Затем в ранку вкладывают ватный тампон или растягивают ее пальцами. Повторяя постоянно эту операцию, добиваются образования полости, симулирующей свищ прямой кишки.

Искусственный геморрой

Искусственное вызывание геморроя или значительное ухудшение имевшегося заболевания связано с созданием таких условий, которые благоприятствуют застою и затруднению оттока крови из вен геморроидального сплетения. Это может быть вызвано, например, введением на продолжительное время (сутки и больше) в прямую кишку большого тампона. Умышленные продолжительные запоры, горячие ванны, прием слабительных, натуживание, раздражающие клизмы — все, что благоприятствует застою, способствует развитию геморроя. В больничной обстановке, при наблюдении поддерживание геморроя представляет значительные трудности, поэтому все явления довольно быстро проходят. Легко вызывается геморрой у предрасположенных к этому заболеванию.

Искусственное выпадение прямой кишки

Выпадения прямой кишки добиваются тем, что вводят в нее инородные предметы, которые затем быстрым подтягиванием за привязанную веревку или шнурок извлекают, выворачивая при этом стенку кишки. Вводят мешочок с сухим горохом, губку, тампоны и через некоторое время (например через сутки), когда эти предметы набухают и плотно прилегают к слизистой, они с силою извлекаются. При этом выворачивается стенка прямой кишки. Повторяя подобную операцию несколько раз, добиваются стойкого выпадения прямой кишки. Или же в кишку вводят узким концом конический кусок свинца длиной 6–8 см и быстро его вытягивают за веревку, привязанную за широкий конец. Выпадение обычно ограничивается слизистой оболочкой кишки и не бывает стойким. Горячие ванны, длительные запоры могут поддерживать выпадение кишки.

Диагностика. Описанные выше приемы настолько грубы, что обычно сопровождаются большей или меньшей травматизацией тканей. Поэтому в свежих случаях на слизистой оболочке кишки и вокруг заднего прохода можно обнаружить кровоизлияния, ссадины. На слизистой оболочке могут быть обнаружены также оставшиеся частицы тампона. Вообще это заболевание встречается не так уже часто, поэтому появление группы лиц с выпадением прямой кишки, особенно в одной местности или части, должно явиться указанием для врача на возможность членовредительства.

Искусственные поносы

Вызвать понос или добиться ухудшения имеющегося поноса не представляет значительных трудностей, причем добиваются даже развития тяжелых форм, напоминающих дизентерию. Для этого пользуются различными слабительными, частыми клизмами. Резкое раздражение слизистой оболочки толстой кишки от этих мероприятий ведет к появлению частых, кровянистых испражнений и тенезмам. Подобное состояние получается от частого приема касторового масла, слабительной соли, кротонного масла и даже мышьяка. Последние два средства дают особенно тяжелые поносы, симулирующие дизентерию. Правильный диагноз в таких случаях возможен только в госпитальной обстановке при условии тщательного наблюдения и обследования. Испытуемые могут подмешивать в испражнения кровь, насосанную из десен или добытую другим путем; кровь животных. Лабораторные исследования в таких случаях необходимы.

Членовредительство в области органа слуха

Искусственные заболевания уха не составляют редкости и являются одной из распространенных форм членовредительства. Объясняется это легкой доступностью и яркой симптоматикой искусственно вызванного ушного заболевания в виде ряда объективных весьма убедительных признаков. Повреждения могут касаться различных отделов слухового аппарата. Вызванные искусственно заболевания приводят подчас к весьма тяжелым осложнениям, иногда даже со смертельным исходом. За исключением слишком грубых и явных случаев членовредительства, искусственные заболевания уха требуют специального обследования, и дифференциальный диагноз может быть установлен специалистом-отоларингологом. Один из известных в настоящее время способов

членовредительства только воспроизводят те или иные симптомы ушных болезней, другие приводят к тяжелым поражениям слухового аппарата. Искусственные заболевания уха вызываются: 1) введением в ушной канал индифферентных средств, не вызывающих болезненных явлений (свертки бумаги, хлеб, зерна гороха, вата, листья и т.п.), для симуляции глухоты, 2) введением в ушной канал раздражающих веществ, вызывающих раздражение и симулирующих воспаление с гноетечением (гнилой сыр, слизь из носа, тухлый яичный желток, слабый раствор карболовой кислоты, камфора, перец, скипидар, вода и пр.), 3) едких, раздражающих веществ, разрушающих барабанную перепонку (концентрированные кислоты, щелочи, кротонное масло), 4) механическим повреждением барабанной перепонки палочками, иглами, вязальными спицами и т.п.

Индифферентные вещества вводятся в наружный слуховой проход для того, чтобы симулировать или глухоту или же воспаление уха с гноетечением. Эти вещества должны изображать собою гной, причем для большей правдоподобности ими пачкается и ушная раковина. Кроме указанных выше веществ, в наружный слуховой проход вводится окровавленная вата или тампон, пропитанный зловонным гноем, взятым у больного заболеванием уха. Для симуляции ушного полипа вводятся кусочки мяса.

Лабораторное исследование выделений, а иногда простой осмотр их, осмотр наружного слухового прохода и барабанной перепонки после очищения их и промывания наружного слухового прохода дают возможность легко распознать грубую, примитивную симуляцию. Длительное введение в наружный слуховой проход даже индифферентных средств может повлечь за собою развитие раздражения, воспаления и ряд других болезненных симптомов. При этом установление членовредительства становится, конечно, весьма затруднительным. Продолжительное давление инородного тела на барабанную перепонку в конце концов может привести к прободению ее.

Тяжелые поражения различных отделов слухового аппарата возникают при введении в ухо едких, прижигающих веществ, кипятка и т.п. Известны случаи вливания в ухо расплавленного свинца или же в ухо вводят кусочки ваты, бумажки, материи, пропитанные жиром, и затем их поджигают. При этом на коже ушной раковины и наружного слухового прохода остаются следы в виде термических или химических ожогов, иногда имеющих характерную окраску. Искусственный характер таких повреждений легко может быть установлен. Чтобы избежать подобных следов на коже, едкие вещества вводят через воронки или шприцем небольшими количествами, 1–2 капли. Применение раздражающих веществ, например разведенных кислот и щелочей, скипидара, бензина, кроме воспалительных процессов в ухе (отитов), вызывает появление дерматитов, которые членовредитель объясняет гноетечением из уха. Расположение раздраженных участков кожи там, куда гной не мог попасть, указывает на искусственное происхождение дерматита.

Механические средства применяют для прободения барабанной перепонки. Перфорация барабанной перепонки обычно выдается за последствия травмы головы, контузии, например при взрыве снаряда воздушной волной, или перенесенного в детстве заболевания уха. Повреждение барабанной перепонки производится сообщником или «специалистом» и очень редко самим членовредителем в силу анатомических особенностей строения наружного слухового прохода: Прободение производят иглой или каким-нибудь другим острым предметом. При осмотре в таких случаях находят в барабанной перепонке небольшое круглое отверстие, обычно правильной формы, расположенное чаще всего в задне-верхнем квадранте барабанной перепонки. Если к тому же при осмотре находят повреждение задне-верхней стенки наружного слухового прохода, то искусственный характер заболевания не оставляет сомнений. Травматические разрывы барабанной перепонки, например от удара по ушной раковине или при контузии взрывной волной, имеют звездообразную, лоскутную форму с кровоподтечными краями и свертками крови в наружном слуховом проходе. Все характерные и доказательные особенности искусственного происхождения заболевания, естественно, хорошо обнаруживаются в свежих случаях. Когда же присоединяются осложнения в виде гнойного отита, то решить вопрос о том, что имеет место — членовредительство или несчастный случай, по существу невозможно.

Искусственные заболевания уха, особенно вызванные грубыми механическими и химическими средствами, нередко влекут за собою тяжелые последствия в виде отитов, мастоидитов, разрушения слуховых косточек, изъязвлений с последующими рубцовыми сужениями и даже полным заращением слухового прохода. Не так уже редки и смертельные исходы, особенно при переходе воспалительного процесса на мозговые оболочки и мозг (гнойные менингиты, энцефалиты, абсцессы мозга, тромбофлебмбиты).

Поддерживание вызванного заболевания производится повторными введениями одной капли раздражающего вещества или просто холодной воды или же продуванием уха при натуживании.

Диагностика искусственных заболеваний в свежих случаях основывается на наличии повреждений, ожогов, изъязвлений и т.п. В дальнейшем, при заживлении или осложнениях, распознавание затрудняется иногда настолько, что становится недоступным и опытному специалисту. По Гейману (цит. по Надежкину), диагностика бывших искусственных травм основывается на следующих моментах: 1) появление болезни уха в призывном возрасте является подозрительным; 2) своеобразии жалоб, их изменчивость при повторных вопросах, обязательное указание на давность болезни (большой частью с детства), предъявление указаний на болезненные явления, вовсе не существующие, и пр.; 3) односторонность ушной болезни, так как редкий членовредитель позволит причинить себе дважды резкую боль от ожога или прободения барабанной перепонки; лишь случайно может оказаться поражение двух ушей разом, о чем нередко не знает членовредитель, не жалуясь на другое ухо; 4) свежесть и острота болезни, а также нетипичность картины заболевания, несоответствие его естественному поражению говорят за искусственность заболевания; 5) об этом же свидетельствует раздражение или повреждение наружного слухового прохода, ушной раковины, ближайшего к ней участка кожи лица и повреждение барабанной перепонки. В этих местах могут быть различные пузырьки, корочки, язвы, грануляции, в ушном же проходе — общая припухлость и сужение; 6) барабанная перепонка, большей частью покрытая гноем или серо-желтыми массами, может быть целой, но чаще прободенной или разрушенной на большом пространстве; окраска барабанной перепонки представляется белой до перехода к серому, грязному или красному цвету; 7) барабанная полость или не затронута или имеет изменения, не отличающиеся от естественных поражений; однако для искусственных повреждений характерна склонность к скорому прекращению нагноения или ничтожность последнего при относительно больших изменениях; при отсутствии внесения инфекции после прокола барабанная полость остается здоровой или же может развиваться гноетечение; 8) отделяемого из уха или нет или оно сперва водянистое, серозно-кровянистое, жидкое или тягучее и лишь в дальнейшем гнойное или слизисто-гнойное. При больших повреждениях значительное гнойное отделяемое может быстро появляться с быстрым прекращением в последующем; 9) так как слизистая оболочка барабанной полости и евстахиевой трубы страдает обычно мало, то это ведет к тому, что при отсутствии препятствий в наружном слуховом проходе опыт Вальсальвы (выходение воздуха из среднего уха при натуживании) удается почти всегда; 10) восприятие слуха нарушается мало, и нарушение его является большей частью притворством; 11) в период заживления в наружном слуховом проходе появляется склонность к сужению или даже заращению, что редко бывает на почве других патологических процессов; 12) при нормальном течении болезненный процесс как в наружном, так и в среднем ухе, несмотря на тяжесть процесса, при отсутствии повторных повреждений обнаруживает склонность к скорому прекращению; переход в хроническое болезненное состояние редок; 13) общие явления при искусственных повреждениях проходят быстро. Заключение об искусственном происхождении заболевания уха может быть дано лишь после самого тщательного и подробного исследования испытуемого в лечебном учреждении врачами-специалистами и по совокупности признаков. Следует обеспечить постоянное наблюдение и принять меры, препятствующие повторным раздражениям (предохранительные повязки, вкладывание рыхлых ватных шариков в слуховой проход, задерживающих холодную воду, раздражающие жидкости и пр.). Учитывая возможность появления ряда признаков, например дерматитов, от раздражения гноем и при обычных хронических воспалениях уха, заключение о членовредительстве следует давать с большой осторожностью, при наличии полной уверенности в искусственном происхождении заболевания. Нужно еще иметь в виду, что едкие и раздражающие вещества (карболовая кислота, креозот, хлороформ и др.) применяют и при болях в ухе, зубной боли, невралгии, вкладывая в ухо ватку, пропитанную этими веществами, или просто капают их в ухо.

Подробный опрос испытуемого субъекта дает возможность выяснить эти обстоятельства, хотя не следует забывать, что опытный, хитрый членовредитель может привести домашнее лечение как причину повреждения уха.

Членовредительство в полости носа

Повреждения в полости носа производятся главным образом для вызывания носовых кровотечений. При этом предъявляются жалобы на общую слабость и малокровие, на последствие

частых кровотечений. Кровотечения вызываются повреждением слизистой оболочки носа какими-либо предметами, например уколами или расцарапыванием иглой, расковыриванием ногтем. Повторные кровотечения вызываются теми же способами или усиленным сморканием. Особенно легко повторные кровотечения возникают у лиц, вообще предрасположенных к носовым кровотечениям.

Диагностика искусственного кровотечения основывается на тщательном осмотре полости носа, при котором можно обнаружить ранение слизистой оболочки, язвы, на исключении общих заболеваний, часто дающих носовые кровотечения (гемофилия, болезни сердца, почек), и применении предохранительных повязок, в которые рекомендуется вкладывать незаметно листочек фольги или вощаной бумаги. Обнаружение следов прокола на фольге или бумаге является серьезной уликой членовредительства.

Быстрое заживление слизистой оболочки и прекращение кровотечений при применении соответствующих лечебных и предупредительных мероприятий также подтверждают искусственное происхождение кровотечения; зловонный насморк хотя и воспроизводят, вводя в нос различные зловонные вещества, но тщательным исследованием носа симуляция легко распознается.

Известны случаи попыток, симулировать полипы введением в нос семян фасоли или кусочком мяса.

Членовредительство в полости рта

В период империалистической войны в России действовало расписание болезней, по которому отсутствие определенного количества зубов освобождало от военной службы. Поэтому умышленное повреждение или удаление зубов встречалось довольно часто. Помимо этого отсутствие значительного количества зубов может сказаться, на состоянии питания и вызвать ту или иную степень истощения организма. Повреждение зубов производилось различными приемами, например, здоровые зубы просто удалялись обычным способом или здоровые зубы подпиливались, удалялась эмаль, после чего зубы частично разрушались крепкими кислотами, отчего в дальнейшем развивался кариес или пульпит. Описан случай ношения на здоровых зубах искусственной челюсти с кариозными зубами для освобождения от военной службы. Слизистая оболочка полости рта (и глотки) нередко повреждается с целью вызывания кровотечения, которое при этом выдается за легочное или желудочное кровотечение. Раздражение слизистой оболочки десен кислотами или натиранием поваренной солью применялось для симуляции цынги, а кровоизлияния на различных частях тела, получали приставлением банок, ударами какими-либо предметами, окрашиванием кожи или татуировкой. Кроме того, желая добиться направления на специальное лечение или в госпиталь, членовредители пытались воспроизвести у себя сифилитические поражения слизистой оболочки полости рта, десен, щек, языка: с этой целью слизистая оболочка прижигалась горячей папиросой, кончиком спички или смазывалась раздражающими веществами (ляписом, кислотами, сернокислым калием и пр.). При этом возникают ограниченные изменения слизистой оболочки, напоминающие папулы, афты и т.д. При химических ожогах слизистой оболочки нередко возникают симметричные повреждения на двух соприкасающихся поверхностях (например щеки и десны). Такие повреждения слизистой оболочки полости рта обычно распознаются без особого труда. Слизистая оболочка полости рта, преимущественно щек, прокалывается также для вызывания искусственной эмфиземы лица (см. стр. 66).

Членовредительство в области органа зрения

Глаз нередко бывает объектом членовредительства. Быстрая реакция на различные внешние раздражения, проявляющаяся светобоязнью, слезотечением, различного рода отделяемым, т.е. объективными признаками заболевания глаза, делает весьма доступной попытку членовредительства. С другой стороны, поражение глаз вызывает у врача уверенность в тяжелом заболевании. При этой форме членовредительства, как, впрочем, и при всякой другой, следует помнить, что групповое или массовое появление однотипных заболеваний неинфекционного, а иногда и инфекционного происхождения среди одной части или среди лиц, прибывших из одной местности, должно вызвать подозрение на членовредительство. Искусственно воспроизводиться могут многие заболевания глаз. Умышленное вызывание различных заболеваний глаз производится преимущественно применением либо механических, либо химических средств. Повреждается преимущественно правый глаз, значительно реже левый или оба глаза. Заключение об искусственном характере заболевания основывается на анамнезе, объективных данных, специальном офталь-

мологическом исследовании, а иногда и на дополнительных (микроскопическом, химическом) исследованиях. Тяжесть поражения сама по себе не исключает членовредительства, так как нередко вызываются весьма тяжелые заболевания, заканчивающиеся стойкой слепотой на один и даже на оба глаза.

Казагранди приводит результаты своих наблюдений у членовредителей в итальянской армии в империалистическую войну. Из 250 членовредителей 45 ослепли на оба глаза, у 78 — двухсторонний офтальмит, из них 25 ослепли на правый глаз и 17 — на левый, у 92 — правосторонний офтальмит, из них 75 ослепли на этот глаз, у 34 — левосторонний офтальмит с последующей слепотой у 27.

Искусственные блефариты

Воспаление краев век получается от прижигания краев век, раздражающими веществами. Известны случаи предварительного вырывания ресниц с последующим прижиганием краев век. Такие манипуляции приводят к резкому воспалению краев век и дают клиническую картину тяжелого блефарита и блефаро-конъюнктивита, так как воспалительный процесс распространяется обычно и на соединительную оболочку глаза.

Искусственные конъюнктивиты

Это, пожалуй, самая частая форма из всех искусственных заболеваний глаз. Искусственные конъюнктивиты могут быть неспецифические и специфические. Первые возникают при введении в конъюнктивальный мешок химических или механических раздражителей, вторые — введением гноя, взятого у больных. Легкое раздражение соединительной оболочки глаза может быть вызвано простым трением глаза, что будет сопровождаться и объективными симптомами: покраснением, слезотечением, светобоязнью и т.п. В конъюнктивальный мешок вводят самые разнообразные вещества, действующие на соединительную оболочку глаза механически, химически или одновременно и механически и химически. Разнообразие применяемых средств настолько велико, что трудно их все перечислить. Так, например, применялись для этой цели табачный сок, табачная пыль, зола, песок, мелко настриженные волосы животных, спички, древесные и железные опилки, соломинки, осколки стекла, глина, моча, кал, спирт, водка, поваренная соль, перец, плодовые зерна, мыло, ляпис, медный купорос, едкие щелочи, кислоты различной концентрации, едкие соки некоторых растений (лютика и др.), семена клещевины, порошок ипекакуаны, в частности доверов порошок, куда ипекакуана входит, и т.д. При появлении одновременно группы лиц с искусственными конъюнктивитами наблюдается обычно одинаковая клиническая картина, вследствие того что применялись одни и те же вещества или «специалистом» или самими членовредителями, получившими сведения о «надежном» действии того или иного средства. Для распознавания членовредительства эти факты также имеют существенное значение, как и профессия членовредителя до военной службы. Так как раздражители вводятся, как правило, под нижнее веко, то при искусственных конъюнктивитах поражения локализуются на соединительной оболочке нижнего века, переходной складке и конъюнктиве нижней половины глазного яблока и обычно имеют довольно ясную границу, располагающуюся по горизонтальному меридиану глазного яблока. Верхнее веко при этом может оставаться незатронутым или изменения там выражены значительно слабее. Применение едких, прижигающих средств сопровождается фокусными некрозами на соединительной оболочке нижнего века в виде пленок или струпьев. Такие же некрозы могут быть обнаружены и на симметричных участках глазного яблока, которые одновременно подвергаются воздействию раздражающего вещества. Это же отличает и химический ожог от термического. Некротические очаги окружены зоной гиперемии и сопровождаются отеком века. Имеются указания также на повышенное количество эозинофилов в отделяемом при искусственных конъюнктивитах, чего якобы при обычных конъюнктивитах (за исключением весеннего конъюнктивита), как правило, не наблюдается. Эозинофилы могут быть обнаружены в мазках отделяемого конъюнктивы. Применение слабо раздражающих веществ, а также щелочей, растворяющихся в слезном секрете, ведет к разлитому воспалению век. Очаговые некрозы конъюнктивы, после отпадения струпа составляют язвы, заживающие рубцом. После образования рубца раздражение конъюнктивы может поддерживаться трением глаза. Конъюнктивиты, вызванные трением глаза, характеризуются покраснением соединительной оболочки нижнего века и нижней половины глазного яблока, беспричинным обострением и быстрой ликвидацией под непроницаемой предохранительной повязкой, препятствующей повторным раздражениям.

Специфические конъюнктивиты — гоноррейные и трахоматозные — возникают от умышленного введения в конъюнктивальный мешок отделяемого от больных гонорреей или трахомой. В период империалистической войны с этой целью продавали и покупали трипперный и трахоматозный гной. Специфические искусственные конъюнктивиты ничем не отличаются по своему течению от возникших случайно. Их искусственное происхождение может быть установлено на основании ряда других обстоятельств.

Распознавание искусственных конъюнктивитов, как и всякой иной формы членовредительства, основывается на тщательном анализе всех данных, имеющих отношение к этому заболеванию. Первые указания на возможность искусственного происхождения конъюнктивита могут быть получены при собирании анамнестических данных: наличие свежих изменений, противоречащих заявлению больного о давнем происхождении заболевания, несоответствие объективных изменений, в частности патоморфологических особенностей, обычной картине заболевания и объяснению больного о причине болезни и противоречие этих объяснений. Из объективных данных имеет значение локализация процесса. Искусственные конъюнктивиты обычно бывают односторонними и ограничиваются нижним веком и нижней половиной глазного яблока. Характерны резкая ограниченность некротических фокусов и воспалительной зоны вокруг них, симметрическое расположение некротических очажков на конъюнктиве нижнего века и глазном яблоке. При искусственных конъюнктивитах отек века развивается после появления пленок и струпа, тогда как при обычных конъюнктивитах отек предшествует этим изменениям. При бактериоскопическом исследовании не удастся обнаружить патогенные микроорганизмы. Микроскопическое исследование содержимого конъюнктивального мешка может установить присутствие посторонних включений (кусочков волоса, табачной пыли и т.п.). Химическое исследование изъятых кусочков, пленок или струпа может дать возможность выяснить, какое средство применялось для прижигания. Так, может быть доказано присутствие серебра при прижигании ляписом, меди — медным купоросом, железа — железным купоросом, ртути — сулемой и т.д.

Искусственные кератиты

Искусственные кератиты возникают или при непосредственном повреждении роговой оболочки или же при искусственных конъюнктивитах (см. стр. 60) как осложнение. Для повреждения роговой оболочки применяются механические, термические и химические средства. Механические повреждения роговицы в виде уколов, царапин и т.п. производятся различными колющими и режущими орудиями, например иглами. Из химических средств используют раздражающие пары серы, дымящихся кислот, смазывание минеральными кислотами, палочкой ляписа, прикосновение к роговице влажной спичечной головки и многими другими раздражающими веществами. Известны случаи введения различных веществ, например охры, в толщу роговой оболочки. Прижигание роговой оболочки производят раскаленной иглой, угольком, заостренной палочкой, папиросой и т.п. Возникающие при всех этих манипуляциях повреждения роговицы могут быть выражены в различной степени в зависимости от силы и продолжительности воздействия — от незначительных помутнений, ограниченных, распространенных или сливных до глубоких некрозов и даже прободящих язв роговицы. После заживления повреждений роговой оболочки на ней остаются пятна, имеющие различную окраску. При распознавании необходимо учитывать те же моменты, что и при искусственных конъюнктивитах.

Конъюнктивиты и кератиты искусственного происхождения могут сопровождаться поражением и радужной оболочки.

Искусственные катаракты могут быть травматического и токсического происхождения. Травматические катаракты вызываются прокалыванием очень тонкой иглой роговицы и передней камеры глаза, повреждая затем капсулу хрусталика. В таких случаях на роговице при специальном исследовании можно иногда обнаружить повреждения в виде линейных и точечных помутнений, рубчиков в месте повреждения иглой. Кроме того, возможны повреждения склеры и радужки. Повреждение хрусталика вряд ли может быть произведено самим членовредителем, так как для этого необходимо иметь хотя бы некоторое представление об анатомии и патологии глаза, а кроме того, и предварительное обезболивание глаза кокаином. При дифференциальном диагнозе необходимо иметь в виду катаракты нетравматического характера, развивавшиеся при различных общих и местных заболеваниях и различного рода воздействиях на глаз (инфекции, заболевания сосудов, перегревание глаза и т.п.).

Распознавание. Если испытуемый заявляет сам о травматическом характере заболевания глаза, то необходимо сопоставить обстоятельства дела с характером повреждений. Если травма отрицается, то обнаружение свежих или заживших повреждений роговицы, склеры, радужной оболочки указывает на искусственный характер заболевания. Неправильные и неравномерные помутнения хрусталика и быстрое развитие помутнения также свидетельствуют о травматическом происхождении катаракты.

Токсические катаракты могут возникать при систематическом приеме нафталина. Такие катаракты будут двухсторонними. Моча при отравлении нафталином черно-коричневого цвета, долго остается стерильной, и в ней химическим исследованием может быть обнаружен нафталин. Так как прием нафталина возможен с пищей, то за испытуемым следует проводить строгое наблюдение.

Все эти искусственные манипуляции с глазом иногда заканчиваются весьма тяжелыми осложнениями, вплоть до панофтальмита с последующим удалением глаза или вскрытием его. Известны случаи, когда членовредители ставили на глаз пиявки, последствием чего были кровоизлияния в глазное яблоко, отсасывание влаги стекловидного тела, отслойка сетчатки и панофтальмит.

Установление диагноза искусственного происхождения того или иного заболевания глаза требует всестороннего детального специального исследования. Необходимо в каждом отдельном случае проводить самый подробный дифференциальный диагноз, что иной раз под силу только опытному специалисту. В ряде случаев искусственная болезнь может наслаиваться на имевшееся ранее заболевание. Так как членовредитель при намечающемся улучшении старается поддерживать вызванную болезнь, то большое значение имеет хорошо организованное наблюдение и лишение членовредителя возможности поддерживать заболевание, применяя, например, предохранительные повязки. Ценные данные можно получить при внимательном осмотре как самого испытуемого, так и его вещей. Раздражающие вещества для повторного введения в глаз припрятываются в укромные места. Эти средства или их следы могут быть найдены в личных вещах, постельных принадлежностях и, наконец, на самом испытуемом. Такие вещества, как доверов порошок, мыло, кусочки пластыря и т.п., закладываются под ногти, откуда небольшие частички систематически или при намечающемся улучшении переносятся в глаз. На коже пальцев остаются следы от раздражающих веществ (бурые пятна от кислот, черные от ляписа и др.). Отсюда понятно, какие профилактические меры необходимо применять: периодический тщательный осмотр больного и его личных вещей, общие ванны, стрижка ногтей и т.д. Лишение членовредителя возможности применять повторно раздражающие вещества в большинстве случаев уже само по себе приводит к быстрому улучшению и ликвидации процесса, что в свою очередь является лишним доводом в пользу искусственного происхождения болезни.

Членовредительство в области кожи и подкожной клетчатки

Из всех искусственных заболеваний, вызываемых с целью постоянного или временного освобождения от военной службы, едва ли не самыми частыми являются болезни кожи и подкожной клетчатки. Это объясняется, с одной стороны, легкостью и доступностью воспроизведения этих заболеваний как в смысле средств, так и места и, с другой стороны, значительной поверхностью кожного покрова. Что же касается картины заболевания, то она бывает разнообразной в зависимости от примененных средств и способов. Из искусственных заболеваний известны различные дерматиты, абсцессы, флегмоны, отеки, язвы, рубцы. Сюда же, пожалуй, можно отнести и искусственные опухоли, получаемые введением под кожу трудно растворимых и рассасываемых веществ.

Бернардипо из 200 случаев искусственных болезней кожи и подкожной клетчатки, которые он наблюдал во время мировой войны в военном госпитале, в 104 случаях обнаружил дерматиты, из них 40 — экзематозного характера на лице, 64 случая буллезного дерматита, вызванного главным образом применением растительных субстанций, в 22 случаях дерматит в области суставов от ушибов (поколачиваний), 52 случая отеков ног, 4 случая абсцессов от введения инородных тел (бензина, нефти) и 2 случая бугорков после введения нерассасывающихся веществ.

Для вызывания болезней кожи членовредители пользуются обычным арсеналом средств, т.е. химическими, механическими, термическими агентами, реже умышленной прививкой паразитарных заболеваний.

Вейсенберг наблюдал экземы и эктимы после введения под кожу кротонового масла или появление продолжительных болезненных высыпаний, переходивших в хроническое состояние. Различные поражения кожи могут быть вызваны применением минеральных и органических кислот, едких соков растений, пластыря, шпанских мушек, карболовыми компрессами, кипятком, паром, пламенем, прикладыванием горячих предметов, расчесыванием и расцарапыванием кожи. Втирание в кожу керосина вызывает ожоги, напоминающие ожоги от иприта или рожистое воспаление. Искусственные дерматиты вызываются, кроме того, втиранием в расцарапанную кожу гноя, взятого у больных кожными заболеваниями. При этом развивающиеся дерматиты невозможно бывает отличить от настоящих. То же относится к искусственно прививаемым паразитарным грибковым заболеваниям кожи. Известны факты умышленного заражения чесоткой, трихофитией, паршой, для чего заимствуют иногда одежду или головные уборы у настоящих больных.

Николетти описывает искусственные струпы от едких, прижигающих веществ: серной, азотной, хромовой, уксусной, щавелевой и карболовой кислот, соды, едкого калия, аммиака. Преимущественная локализация струпов — кисти и голени. Способ членовредительства заключается в следующем: кожа предварительно протирается тканью, смоченной жидкостью (протрава), отчего получается круглое или овальное пятно, на которое потом вновь накапывается едкое вещество; в результате образуется равномерный струп. Иногда в едкое вещество погружается весь палец. Результатом является струп в виде пальца от перчатки.

Возникающие от прижигания едкими веществами струпы не сопровождаются явлениями перифокального воспаления. Обычно здесь не бывает вокруг отека, инфильтрата и лимфангоита и лишь появляется умеренная красная зона и редко наблюдаются умеренные регионарные лимфангоиты. Довольно быстро появляются ясные, четкие границы, через несколько дней струп отпадает и остается язва с правильными крутыми краями. Имеются также указания, что подкожное впрыскивание насыщенного раствора поваренной соли вследствие извлечения воды из окружающих тканей приводит к образованию на коже сухой темной корки — струпа. Струпы от ушиба не имеют таких четких границ и правильности формы, сопровождаются, как правило, кровоподтеками и ссадинами с развитием перифокального отека, покраснения и инфильтрации, развиваются медленно. Струпы после травмы значительно легче, не такие плотные, как при химических ожогах. При дифференциальном диагнозе можно основываться еще и на окраске струпа. Серная кислота дает буро-коричневый струп с толстыми, плотными, резко ограниченными корками. Струп быстро делается черным, сухим. Соляная кислота дает коричневатые или сероватые тонкие распространенные корки, азотная кислота — желтоватые сухие струнья, карболовая кислота — нежные беловатые корочки, превращающиеся затем в коричневатые или серые. Само собою разумеется, что не всегда легко провести дифференциальный диагноз и выяснить настоящий характер струпа.

Членовредительство посредством прикладывания ядовитых растений или же их сока

Соки некоторых растений обладают свойством вызывать раздражение кожи, напоминающее ожоги или даже поражение ипритом (Сидорченко). Наиболее известным и распространенным растением с такими ядовитыми свойствами является лютик («куриная слепота»), широко встречающийся у нас в болотистых местах на лугах, в рощах. Ядовиты его свежие и сушеные цветы, листья и стебли. Ядовитые свойства лютика широко известны. В силу этого известны случаи применения лютика с целью членовредительства. Нам пришлось наблюдать группу членовредителей — сезонных рабочих, пытавшихся получить пособие по нетрудоспособности. При осмотре у всех были обнаружены одинакового вида пузыри беловатого цвета, окруженные покрасневшей, с резкими границами кожей.

Экспериментальные исследования (Сидорченко, Раппопорт) с соком и частями цветка лютика позволили выяснить действие этого растения. Повязка, смоченная соком лютика или содержащая листья цветка, через час вызывает появление красноты с резкими границами, а через 4–5 часов — развитие пузыря с серозным содержимым. Содержимое пузыря быстро становится студенистым и принимает беловатый вид. Через 1–2 недели, в зависимости от величины, происходит ликвидация пузыря, отделение омертвевших участков эпидермиса и регенерация его. В дальнейшем на месте поражения остается буро-коричневая окраска кожи, сохраняющаяся месяцами.

Распознавание лютиковых ожогов не представляет особых затруднений. При осмотре таких поражений первое впечатление ожога 2-й степени исчезает при детальном исследовании. Основным элементом — пузырь — отличается от пузыря при термическом ожоге своим беловатым цветом. Пузырь окружен каемкой красной кожи с резкими границами. О возможности смешивания лютиковых ожогов с ипритными поражениями речь может идти только в отдельных, исключительных случаях. Потерпевшие обычно и не стараются выдать лютиковые ожоги за термические. Они либо якобы не знают, отчего получили ожоги (при случайном поражении), либо объясняют их раздражением от лекарственных средств (при умышленном поражении).

Установление членовредительства. В периоды цветения лютика случайные поражения кожи возможны и не составляют редкости. Располагаются они на не защищенных одеждой и обувью частях тела. В лагерный период при ходьбе босиком или в тапочках и трусиках лютиковые ожоги располагаются в области голеностопных суставов, голеней, бедер, на тыле стопы. На коже живота и груди ожоги могут возникнуть при лежании на траве. При случайном поражении отдельные участки невелики, не превышают размеров цветка лютика, т.е. 0,5–1,5 см, и встречаются группами, по несколько пузырьков различной формы. Одиночные крупные пузыри по несколько сантиметров, в диаметре не могут возникнуть случайно от одного или нескольких цветков, а свидетельствуют об умышленном втирании или прикладывании большого количества сока или цветков лютика. Появление лютиковых ожогов в холодное время года свидетельствует о применении засушенных цветков и, следовательно, является умышленным, т.е. должно рассматриваться как членовредительство.

Искусственные язвы локализуются чаще всего на голени и стоне, где их происхождение легче объяснить как последствие травмы, заболевания сосудов (варрикозного расширения вен) и т.п. Язвы чаще одиночные, реже множественные, в виде язвенного дерматита. Кроме перечисленных выше средств, язвы вызываются также сулемой, хлористым цинком, квасцами, цинковым и медным купоросом, креозотом и т.д. Нашли себе применение также едкие соки и порошки различных растений молочайных и лютиковых (см. выше), борца, чемерицы, чеснока, перца, табака, дурмана, куколя и т.д. Все эти вещества наносятся прямо на кожу или кожа предварительно расчесывается, расцарапывается или повреждается наждачной бумагой. В других случаях к коже прикладывают горячие или раскаленные монеты, пряжки и другие металлические предметы.

Чистяков видел у заключенных язвы, вызванные мокрой древесной золой. Древесная зола смачивается холодной или горячей водой и превращается в кашицу. В таком виде зола, завернутая в тряпку, прикладывается плотно к коже на различные сроки, от 40 мин. до 10–12 час. (на ночь). Язва получается через 3 часа после накладывания золы прямо на кожу и через 6 час. после прикладывания ее в тряпочке. Образовавшиеся искусственные язвы в дальнейшем поддерживаются постоянными растравливаниями теми же веществами или иными средствами: растиранием, расчесыванием, расковыриванием, что можно делать и через повязку, растравливанием солью, табаком, землей, золой, толченым стеклом или введением в язву обломков иголок, смачиванием мочой и т.п.

Диагностика искусственных заболеваний кожи для опытного дерматолога в большинстве случаев не представляет трудностей. Распознавание основывается на неправдоподобии и противоречиях в объяснениях членовредителя относительно этиологии заболевания, необычной морфологии, полиморфизме и локализации кожных элементов. Воспроизвести типичную картину того или иного кожного заболевания по существу невозможно. Затруднения встречаются при диагностике умышленно привитых инфекционных и паразитарных заболеваний кожи, а также и тех, которые развились самостоятельно в связи с искусственно вызванными поражениями. Не следует также упускать из вида возможность появления различных дерматитов вследствие повышенной чувствительности кожи у некоторых субъектов от приема внутрь различных медикаментов (бром, иод) и применения местных средств (мазей, компрессов, повязок и т.п.).

Искусственные флегмоны и абсцессы

Гнойное воспаление подкожно-жировой клетчатки (флегмоны и абсцессы) вызывается искусственным путем посредством введения под кожу различных средств. Все применяемые для этой цели вещества, можно разделить на 3 группы: 1) химические агенты, 2) инородные тела, 3) инфицированные материалы.

Из веществ первой группы известны нефть и ее продукты (бензин, керосин), спирт, скипидар, таннин, машинное масло, настой табачных листьев, содержащее мундштуков или

трубок для курения, горячая вода, ртуть и т.п. Ко второй группе относится введение под кожу ниток, бумаги, марли, различных волокон. Иногда нитки предварительно пропитываются нефтью, керосином, минеральной водой и затем уже вводятся под кожу. Что касается инфицированного материала, то известны случаи введения под кожу зубного налета, слюны, разведенного кала, загрязненных бактериями жидкостей и даже культур бактерий (стафилококков и стрептококков). Иногда инфицированным материалом пропитывалась нитка, которая потом продергивалась под кожей. Доступность всех этих средств, а также способов введения их под кожу делает возможным вызывание искусственных флегмон самим членовредителем или такие «операции» делаются членовредителями в порядке услуги друг другу, а также «специалистами», работающими иной раз целыми группами.

Способы членовредительства. Жидкие вещества вводятся шприцем по возможности с, тонкой иглой, чтобы не были видны следы уколов. Шприцы могут быть и самодельными, сделанными, например, из стеклянных трубочек с деревянными поршнями. За отсутствием шприца кожа прокалывается гвоздем, шилом, иглой, вилкой и т.п., в отверстие вставляется соломинка, стеклянная трубочка или птичье перо, через которые ртом вводится то или иное вещество. Преимущественная локализация искусственных флегмон — передняя поверхность голени, область голеностопного сустава, реже бедра, верхние конечности (предплечья, кисти, плечи) и еще реже передняя поверхность груди. Течение искусственных флегмон различное в зависимости от введенного материала и способа введения. Такие вещества, как скипидар, бензин, керосин, дают обычно асептические, локализованные и ограниченные флегмоны, протекающие благоприятно в тех случаях, когда не возникает осложнение какой-либо присоединившейся инфекцией. Флегмоны, возникающие от введения под кожу инфицированного материала, протекают значительно тяжелее, имеют склонность к распространению, дают тяжелую общую реакцию, различные осложнения и нередко смертельный исход от сепсиса или септикопиемии.

Распознавание искусственных флегмон. Одним из главных признаков искусственных флегмон является наличие на коже в области флегмоны следов от уколов. В окружности точечной ранки от укола иглой (иногда их может быть несколько) наблюдаются кровоизлияния. В тех случаях, когда кожа прокалывалась шилом или гвоздем, остаются колотая ранка и более значительное кровоизлияние. Ранка может быть покрыта корочкой или же из нее выделяется кровянистая или гнойная жидкость. Дальнейшее развитие процесса характеризуется размягчением центральной части флегмоны — флюктуацией. При этом ранка от укола превращается в свищ. Если флегмона образовалась от продергивания под кожей нитки, то можно обнаружить следы двух уколов или две ранки.

Членовредитель сам может объяснить появление флегмоны травмой от укола гвоздем, колючей проволокой и т.п. Но правильная, округлая форма ранки противоречит такому объяснению, так как вряд ли при случайной травме может возникнуть правильной формы ранка, а не рваная, неправильной формы. Дальнейшие доказательства искусственного происхождения флегмоны можно получить при хирургическом вмешательстве, при вскрытии флегмоны. Запах керосина обнаруживается в тех случаях, когда флегмона вскрывается в первые дни, несмотря на сравнительно небольшие количества впрыснутого керосина (от 0,5 см³); запах керосина от гноя и клетчатки можно почувствовать иногда и на некотором расстоянии. Гной «керосиновых» флегмон жидкий, буро-красный, содержит иногда маслянистые капельки и кровяные свертки. В более острых случаях Гессе рекомендует для определения керосина применять пробу с бромистой водой. Бромистая вода желтого цвета и от прибавления 3–4 капель гноя, содержащего керосин, быстро светлеет. При отсутствии керосина бромистая вода остается желтой. По запаху может быть обнаружен также скипидар, значительно дольше, чем керосин; клетчатка при этом иногда имеет шафранно-желтый цвет. Флегмоны, вызванные введением жидкого кала, распознаются при вскрытии по резкому каловому запаху. Каловый запах от гноя и клетчатки безусловно указывает на искусственное происхождение флегмоны. При флегмонах, вызванных применением инфицированных материалов, из гноя могут быть высеяны различные микроорганизмы: при впрыскивании кала — кишечная палочка, при введении слюны — *bac. subtilis*. Стафилококки и стрептококки обнаруживаются при введении культур этих микроорганизмов, но они, конечно, могут быть обнаружены и в осложненных флегмонах, развивающихся вначале как асептические (например, от введения под кожу скипидара). Гнойные воспаления, возникающие от введения инородных тел (иголок, булавок целиком или отломками, кизиловых игл и т.п.), могут быть распознаны или при вскрытии или при рентгеновском исследовании.

Искусственная подкожная эмфизема

Искусственная эмфизема вызывается введением под кожу или слизистые оболочки воздуха, вследствие чего возникают ограниченные или распространенные припухлости. Воздух вводится шприцем или через проколы кожи и последующее вдувание воздуха через соломинку, птичье перо и т.п. Локализация искусственной эмфиземы наблюдалась в различных местах: на груди, на передней поверхности шеи для симуляции зоба, в области паха и мошонки при симуляции грыжи, на лице. На лице искусственная эмфизема получается таким образом: прокалывается слизистая оболочка щек, затем натуживанием при закрытом носе и рте воздух вгоняется через проколы слизистой в ткани и проникает под кожу лица. Щеки припухают, лицо увеличивается в объеме, веки также припухают и закрывают глаза, кожа становится гладкой, лоснящейся и бледной. Членовредитель связывает появление эмфиземы с ушибами, контузией взрывной волной, укусами насекомых, перенесенной ангиной, паротитом и т.п. Искусственная эмфизема быстро (через 2–4 дня) рассасывается, и членовредитель должен ее постоянно поддерживать. Поэтому можно наблюдать, например, что эмфизема лица к утру после сна уменьшается в объеме, а через некоторое время после того, как испытуемый проснется, припухлость вновь увеличивается. При первом впечатлении искусственная эмфизема может симулировать рожу. Через проколы кожи и слизистой возможно проникновение болезнетворных микроорганизмов, в результате чего развиваются флегмоны или типичная рожа. Известны и тяжелые осложнения со смертельным исходом.

Диагностика. Несоответствие анамнестических данных, внезапное возникновение, нормальная окраска кожи, нормальная температура и главным образом ощущение крепитации при ощупывании и выхождении воздуха при проколах позволяют поставить правильный диагноз. На слизистой оболочке полости рта, десен при внимательном осмотре видны небольшие ранки с некоторой припухлостью вокруг и развернутыми краями. Следы от укола шприцем или маленькие раны бывают видны и на коже.

Искусственные отеки и припухлости

Искусственные отеки и припухлости, располагающиеся преимущественно на конечностях, могут быть получены двояким образом.

1. конечность перетягивается бинтом, шнурком, полотенцем, резинкой и т.п.;
2. по той или иной части тела производятся систематически длительное время несильные поколачивания.

При первом способе длительная перетяжка или бинтование конечностей вызывают стазы в кровеносных и лимфатических сосудах с последующим отеком тканей. Отечные ткани вначале мягкие, в дальнейшем становятся твердыми, плотными. Такой отек легко может быть принят за слоновость. В свежих случаях отеки, вызванные перетяжкой конечности, быстро проходят при покойном содержании и, конечно, строгом наблюдении. Но обычно членовредитель попадает к врачу уже после того, как добьется стойкого отека. В других случаях отек вызывается длительным и частым поколачиванием каким-нибудь твердым предметом по одной и той же части тела. Для того чтобы поколачивания не оставляли следов в виде ссадин и кровоподтеков, рука обертывается чем-нибудь мягким (тряпкой, ватой) и затем уже поколачивается каким-нибудь гладким выгнутом предметом (бутылкой, ложкой, дном фляжки, деревянным молотком и т.п.) или же обертываются чем-нибудь мягким предметом, употребляющиеся для поколачивания. Длительные травматизации приводят к тромбозу подкожных вен и развитию твердого, так называемого травматического отека, довольно стойкого. Излюбленная локализация травматического отека — пыльная поверхность кистей, чаще левой, тыльная поверхность стоп и передняя поверхность голеней. Отек, как правило, не распространяется на большие пальцы стоп и кистей вследствие значительной болезненности поколачивания их и недостаточной прослойки мягких тканей. Оба способа — перетяжка и поколачивание — нередко комбинируются друг с другом с применением дополнительных средств. Так, конечность предварительно натирается настоем табака, перетягивается, а затем уже после развития отека поколачивается указанным способом. Надеждин наблюдал более сложные способы вызывания искусственного местного отека стоп и кистей. В области голеностопного сустава, или с двух сторон над лодыжками, или вокруг сустава с отдельными перерывами очень тонкой иглой под кожу вводятся небольшие количества слабо раздражающего вещества, например, керосина. Возникающие ограниченные воспалительные фокусы приводят к развитию склерозирующих процессов и тем самым к расстройствам кровообращения и лимфостаза.

Последствием является постепенное развитие стойкого отека. Стопа или кисть припухает, теряет свои контуры, кожа инфильтрирована, красновато-синюшного цвета. Движения в суставе могут быть ограничены без особой болезненности. Изменений костной ткани не обнаруживается. Осмотр кожи через лупу позволяет иногда обнаруживать в различных местах, главным образом позади лодыжек, втянутые точечные рубчики, лучше заметные при боковом освещении и давлении пальцем на кожу рядом с рубчиком, чтобы сместить его и обнаружить втянутость. В других случаях обнаруживались при таких же изменениях стопы на коже голени выше голеностопного сустава беловатые полоски, расположенные на различной высоте по отношению друг к другу и перпендикулярно к продольной оси голени. Полоски образовывали вокруг голени неправильную прерывистую и не вполне замкнутую манжетку. Одинаковая величина полосок, правильные и ровные края, небольшая глубина заставляли признать искусственное происхождение их. Так как эти изменения в силу своей поверхностности и незначительности сами по себе не могли вызвать таких изменений стопы, то оставалось предположить, что полоски являются результатом смазывания кожи ваткой или кисточкой едким прижигающим веществом, например едкой щелочью, для замаскирования следов от укусов после впрыскивания раздражающих веществ. При всех указанных способах членовредитель обычно объясняет появление отека травмой — падением, ушибом, вывихом, перенапряжением и т.п.

Распознавание искусственных отеков и припухлостей, особенно травматических, иногда сопряжено со значительными трудностями. Бианколони приводит случай, где солдат с целью освобождения от военной службы, вызвал у себя ударами по бедрам, коленям и передней поверхности голени отеки, давшие картину слоновой болезни. После многократных освидетельствований во врачебных комиссиях он был уволен с военной службы. Значительно позднее его обман был раскрыт в связи с переломом ноги на работе, и он во всем сознался. Трудности распознавания связаны, еще и с тем, что предъясняется обычно уже вполне развитый, далеко зашедший отек, который может быть принят за воспаление сухожильных влагалищ, суставов и околоуставных сумок, вывих и т.п. или за проявление общих заболеваний (туберкулез). Поэтому дифференциальный диагноз следует проводить с ангино-невротическими отеками и указанными выше заболеваниями. При отеках, вызванных перетяжкой конечности, осмотр выявляет резкую границу отека и след от перетяжки. Кожа на непораженной части конечности, сейчас же над перетяжкой, легко захватывается пальцами и может быть собрана в складки. При двухсторонних отеках не лишним является исследование мочи (исключить альбуминурию). При травматических отеках можно обнаружить на коже в области отека следы кровоизлияний в виде кровоподтеков различной давности, а также ссадины. Последовательное исключение различных причин, могущих вызвать появление местного отека, сопоставление анамнестических данных, объяснений испытуемого с объективными изменениями дает возможность установить истинный характер заболевания.

Искусственные опухоли

Среди других форм членовредительства искусственные опухоли встречаются не так уже редко. Искусственные опухоли получают введением под кожу различных трудно рассасываемых и в то же время индифферентных веществ

Так, известны случаи введения вазелинового, машинного, «костяного» (технического) масла и растительных масел. Но наибольшую известность получил парафин. Все перечисленные средства, введенные под кожу, образуют ограниченные припухлости, опухоли, известные под названием олеом, парафином, вазелином. Они очень стойки, могут сохраняться годами и весьма медленно уменьшаются в объеме. Симулируя ряд заболеваний в зависимости от локализации, присоединившихся осложнений и течения, они могут вводить врачей в заблуждение и благодаря этому способствовать освобождению членовредителя от военной службы. Для введения под кожу применяются парафины с низкой точкой плавления (42–60°). Предварительно расплавленный парафин вводится подогретым шприцем и иглой. Иглы берутся с достаточным просветом, употребляемые для пункций. Количество введенного парафина колеблется от нескольких граммов до нескольких сот граммов и больше. Локализация парафином самая разнообразная, но преимущественно на левой половине тела, в местах, доступных руке самого членовредителя. Но так как воспроизведением таких опухолей нередко занимаются «специалисты», то встречается и иная локализация опухолей. Описаны случаи парафином на спине, ягодицах, в области нижней челюсти. Наиболее часта локализация опухолей конечностей, чаще нижних, реже верхних,

особенно в области больших суставов, тыла кисти, что дает членовредителю возможность предъявлять жалобы на затруднение движений. Другим излюбленным местом является мошонка. Неосложненные парафиномы представляют собою ограниченные опухоли величиною от горошины до куриного яйца и больше. Кожа над опухолью может быть не изменена или слегка покрасневшей, свободно передвигается или же плотно спаяна с кожей. Нередко искусственные опухоли осложняются присоединившейся инфекцией, нагноением, распадом окружающей ткани и вскрытием с образованием язв и свищей. Поэтому искусственные опухоли нередко симулируют различные заболевания. Парафиномы принимали за саркомы, экзостозы, остеохандромы (у лодыжек), парафиномы, расположенные в толще мышц, — за фибромы, липомы, лимфангиомы, оссифицирующий миозит, склеродермию, парафиномы мошонки — за туберкулез яичка, орхит, эиидидимит, нагноившиеся парафиномы в области шеи и паховых желез за туберкулезный лимфаденит, множественные парафиномы в области больших суставов — за обезображивающий артрит, одиночные — за гоноррейный и ревматический артрит. Известна симуляция рака желудка с метастазами, для чего парафин был введен под кожу в области желудка и в области надключичных желез. Парафиновые опухоли могут давать серьезные осложнения спустя много лет после введения парафина. Архибаев и Редков приводят следующий случай. В 1920 г. в госпиталь обратился больной слоновостью правой ноги, настолько резко выраженной, что возник вопрос об ампутации. Пациент рассказал, что в 1914 г., при мобилизации, фельдшер ввел ему под кожу в области голеностопного сустава обычным шприцем с толстой иглой 100–150, см³ парафина за плату в 200 руб. Фельдшер имел большую практику, был широко известен в Западном крае. Больной был освобожден от военной службы. Опухоль была болезненной, с покрасневшей кожей. Через полгода эти явления прошли. От давления пальцами опухоль меняла свою форму на 10–15 минут, что можно было наблюдать 3–4 года. В дальнейшем опухоль стала твердой. Через 6 лет появились боли и опухоль стала увеличиваться. Выше опухоли образовалась язва с большим количеством отделяемого гноя, покраснение голени и паховый лимфаденит. Появилась и общая реакция в виде приступов лихорадки. В последующие годы появлялись еще язвы на голени с выделением лимфы, не заживавшие годами. В конечном итоге расстройство лимфообращения привело к слоновости.

Введенный под кожу парафин некоторое время сохраняется в виде сплошной массы, вызывая в окружающей ткани воспалительную реакцию. В дальнейшем массы парафина прорастают грануляционной тканью и рассасываются. Длительность рассасывания — от нескольких месяцев до 3–4 лет. В различные периоды рассасывания можно наблюдать те или иные гистологические картины. В более поздние стадии рассасывания видна грануляционная ткань, среди которой расположены вакуоли или капельки (в зависимости от способа обработки гистологических срезов), окруженные группами гигантских клеток. Позднее грануляционная ткань, превращаясь в рубцовую, может гиалинизироваться. Опухоли с течением времени уменьшаются в объеме. Неосложненные опухоли протекают хронически без болезненных ощущений и двигательных расстройств.

Распознавание искусственных опухолей удается не всегда одинаково легко. Как и при всякой иной форме членовредительства, подозрение об искусственном происхождении опухоли возникает при неправдоподобных объяснениях причины ее появления, групповом появлении таких больных из одной части, местности, особенно с одинаковой локализацией, что свидетельствует о работе «специалиста». Клиническое обследование и наблюдение не позволяют отнести исследуемую опухоль к какому-либо определенному типу заболевания вследствие атипизма течения, локализации, внешнего вида и т.п. Опухоли недавнего происхождения изменяют свою форму от давления пальцами и применении тепла (грелок, ванн). Для диагностики возможно прибегнуть к пункции опухоли, а добытую жидкость следует подвергнуть химическому исследованию для обнаружения продуктов перегонки нефти. Искусственное происхождение опухоли может быть доказано, кроме того, гистологическим исследованием. Как было указано выше, парафиномы или вообще олеомы имеют весьма характерную гистологическую картину, поэтому в диагностических целях необходимо прибегать к биопсии. Отказ испытуемого от биопсии также является подозрительным в смысле стремления скрыть истинный характер заболевания. При гистологическом исследовании необходимо иметь в виду, что аналогичная картина наблюдается и при олеогранулемах иного происхождения. Олеогранулемы развиваются после введения с терапевтической целью различных лечебных средств (камфорного масла, вазелинового масла и т.п.). Помимо этого они развиваются в связи с некрозами жировой клетчатки после травм,

эмболий, заболевания сосудов (тромбоваскулиты), инфекционных заболеваний (сыпной тиф) и т.д. Это обстоятельство необходимо учитывать при положительных результатах гистологического исследования, сопоставляя их с анамнестическими данными и расположением олеогранулем (например обычные места инъекций лекарственных средств) и др.

Искусственные свищи

Искусственные свищи делаются с целью симулировать тяжелое хроническое заболевание, чаще всего туберкулез лимфатических желез. Искусственные свищи чаще всего парные и делаются следующим образом: кожа прокалывается иглой или каким-нибудь другим инструментом, причем проколы расположены на некотором расстоянии друг от друга. Под кожей продергивается нитка, которая там оставляется и время от времени вновь продергивается. Инородное тело, находясь длительное время под кожей, вызывает гнойное воспаление, а постоянное продергивание нитки мешает заживлению отверстий у коже. В конечном итоге образуются свищи с гнойным отделяемым. Вместо нитки возможно введение через проколы едкой, раздражающей жидкости.

Диагностика. Появление группы лиц с однотипными в смысле формы и расположения свищами безусловно свидетельствует об искусственном происхождении их. Об этом же свидетельствуют четное число одинаковых по форме свищей, расположение их вдали от лимфатических желез и полное отсутствие каких-либо указаний на заболевание туберкулезом. Обнаружение в отделяемом свищей посторонних частичек в виде ниток, кусочков ваты и т.п. является безусловным доказательством членовредительства.

Искусственные рубцы

Искусственные рубцы могут быть двоякого происхождения. Во-первых, рубцы остаются после заживления искусственных язв и флегмон. Если они располагаются вблизи больших суставов или сами по себе обширны, то последствием будет более или менее значительное ограничение подвижности конечности. Рубцы после искусственных язв или флегмон могут выдаваться за последствие операции. Например, рубец на груди после искусственной флегмоны выдавался за послеоперационный рубец в связи с эмпиемой. Помимо этого рубцы умышленно воспроизводятся разрезами кожи в местах, типичных для некоторых операций, например аппендэктомии, и выдаются за результаты бывшей операции. В таких искусственных рубцах дополнительно вызывают и поддерживают процессы нагноения, ссылаясь при этом на осложнения после операции. Рубцы любого происхождения подвергаются в результате различных манипуляций вторичному воспалению или даже изъязвлению. Для этого рубец раздражают трением, что производится и через повязку, ушибами, осаднениями, смазыванием едкими, раздражающими веществами. Изъязвившиеся рубцы раздражают и препятствуют их заживлению смачиванием мочой, причем ухитряются это делать и под повязкой. Наконец, известны случаи рубцового сращивания двух пальцев (2-го и 3-го правой руки) после искусственного сшивания пальцев на всем протяжении вплоть до ногтя, так что рубец был совсем незаметен. Вейнсберг сообщает о надрезах у основания пальцев ноги с подошвенной стороны с последующим насильственным пригибанием пальца книзу и наложением тугой повязки. В сравнительно короткий срок устанавливалась контрактура среднего пальца ноги со сращением или без него. Известим случаи искусственного зашивания наружного слухового прохода с рубцевым заращением его.

Искусственные заболевания подкожных сосудов (вен)

Из искусственных заболеваний подкожных сосудов известны варрикозное расширение вен и тромбофломбит.

Варрикозное расширение вен успешно может быть вызвано у лиц с предрасположением к этому заболеванию. Для этой цели прибегают к перетягиванию конечности, длительному бинтованию выше перетяжки, теплым или горячим ваннам. Эти мероприятия вызывают застой крови, расширение вен и усугубляют имеющееся уже заболевание. Кроме того, описаны случаи продергивания под кожей в подколенной впадине позади вены конского волоса и завязывании его над кожей. После заращения просвета сосуда волос выдергивается. При перетяжке конечности на коже остаются следы от перетяжки.

Тромбофлебит (воспаление подкожных вен) вызывается повторными наложениями сулемовых компрессов, что имеет последствием воспаление стенок подкожных вен с образованием тромбов. При исследовании сосуды представляются неровными, с четкообразным плотным

утолщением. Действие сулемы сказывается не только на сосудах, но и на коже, давая картину резкого дерматита. При длительном применении сулемовых компрессов возможно и общетоксическое действие сулемы, что может сказаться, например, разрыхлением десен (гингивитом, стоматитом).

Искусственное заболевание мочеполовой системы

Искусственные болезни мочеполовой системы придется рассмотреть по отдельным органам: почки, мочевого пузыря, половой член, мошонка и яички. Ряд веществ при приеме внутрь обладает способностью, выделяясь через почки, раздражать почечную паренхиму и давать белок и кровь в моче. К таким веществам относятся: шпанские мушки, скипидар, копайский бальзам, ягоды можжевельника. Вызывая в небольших сравнительно дозах альбуминурию и гематурию, эти вещества могут давать и настоящий нефрит.

Циститы искусственного происхождения известны неспецифические и специфические. Неспецифические циститы получают введением в мочевого пузырь раздражающих веществ. В частности, описаны случаи введения хинина с лимонным соком, чем добивались развития геморрагического цистита. Специфические циститы получали, вводя катетером в мочевого пузырь гной от больного гонорреей. Конечно, доказать искусственное происхождение такого цистита возможно только по каким-либо дополнительным обстоятельствам, а не на основании клинической картины.

Уретриты. Искусственное воспаление мочеиспускательного канала вызывают с целью получить отсрочку по призыву, отпуск или направление на лечение. Искусственные уретриты бывают неспецифического и специфического характера. Воспаление слизистой оболочки мочеиспускательного канала возникает при введении в уретру различных инородных тел (кусочков картона, хлопчатобумажных волокон, табачной пыли, соломинок и т.п.). Больше, однако, известен другой способ: в уретру вводится вырезанная из мыла тонкая палочка длиной 4–5 см и толщиной 3–4 мм. Палочка продвигается далеко в глубь мочеиспускательного канала и остается там до полного растворения. Через 2 часа развивается картина острого гнойного уретрита, особенно если членовредитель долго не мочился. Потом мыло при мочеиспускании удаляется, но раздражение остается двое и более суток. Повторными введениями мыла воспалительный процесс и выделение экссудата могут поддерживаться в течение долгого времени. Помимо мыла для вызывания уретрита прибегают к другим средствам, например, вводят сплавленную массу из масла, сыра, раздражающего порошка или каустика или же вводят различные маслянистые эмульсии, напоминающие гной. Это скорее является симуляцией, чем членовредительством. Для распознавания таких уретритов, помимо других данных, указывающих на членовредительство (например эпидемия уретритов в какой-либо части), решающим является микроскопическое и бактериоскопическое исследование. Выделения обычно не содержат лейкоцитов и, понятно, гонококков Нейссера, но в них можно обнаружить маслянистые капельки. В империалистическую войну эпидемии неспецифических искусственных уретритов наблюдались в отдельных, изолированно расположенных гарнизонах, в различных армиях. Специфические гоноррейные уретриты также могут быть вызваны искусственно путем перевивки гноя от больных гонорреей. Гной больных гонорреей бывал и предметом купли-продажи. Течение привитой гонорреи ничем не отличается от обычного течения этой болезни с осложнениями в виде эпидидимитов, азооспермии и т.п. И в этих случаях установление умышленного самозаражения возможно только лишь на основании расследования и выяснения обстоятельств заражения, появления одновременно группы больных из одной и той же части и т.д. Известны также случаи умышленного самозаражения при половом сношении с заведомо больной гонорреей женщиной. С юридической точки зрения такое заражение также может рассматриваться как членовредительство. Описано и умышленное самозаражение сифилисом.

Хроническая неизлеченная гоноррея различными мероприятиями обостряется и вспыхивает вновь. Этого добиваются механическим раздражением задней части уретры каким-либо предметом, введенным в мочеиспускательный канал, или же усиленным онанизмом, половыми излишествами, чрезмерным употреблением спиртных напитков и др. Распознавание членовредительства в этих случаях возможно лишь случайно. Некоторое значение могут иметь упорное течение заболевания, отсутствие улучшения, беспричинные повторные обострения. Искусственным путем могут быть вызваны и сужения мочеиспускательного канала (стриктуры), возникающие после механического повреждения слизистой оболочки уретры. Диагностика членовредительства может быть

установлена лишь в свежих случаях при уретроскопии. На коже полового члена искусственным путем получают более или менее распространенные воспалительные фокусы и язвы. Так, воспалительный отек головки полового члена получается от прикладывания соков едких растений (лютиковых) или пластыря из шпанских мушек. Язвы на половом члене получают, прижигая кожу сигарой, папиросой или спичкой, а также различными едкими прижигающими веществами. Наличие ожога, остатков пузырей, струпов с характерной пигментацией в свежих случаях дает возможность установить факт членовредительства. С образованием язвы диагноз в значительной степени затрудняется. Такие язвы могут быть весьма похожи на твердый и особенно мягкий шанкр, поэтому для распознавания приходится прибегать к бактериоскопическому и серологическому исследованиям. Кожа и подлежащие ткани мошонки также бывают объектом членовредительства. Умышленные раздражения кожи мошонки влекут за собой появление различных дерматитов, чему благоприятствуют потливость и постоянная мацерация кожи. Такие искусственные дерматиты локализуются обычно на передней и боковых поверхностях мошонки и нижней поверхности полового члена. Задняя же поверхность мошонки, промежность, ягодицы и паховые складки остаются непораженными. Такая локализация дерматита может служить указанием на его искусственное происхождение.

Отек и водянка мошонки получаются сдавлением корня мошонки, чем вызываются застой и отек. Тщательное наблюдение в стационаре позволяет быстро распознать причину отека. Впрыскивание в мошонку парафина или каких-нибудь минеральных масел ведет к образованию узлов различной величины и формы, одиночных или множественных. Появляющиеся при этом изменения принимаются за слоновость, орхизпиди-димит или опухоль яичка. Нагноение искусственных опухолей с образованием свищей принимается за туберкулез яичка и туберкулезные свищи. Туберкулез яичка симулируется и введением под кожу мошонки инородных тел, например продергиванием нитки с оставлением ее под кожей, отчего развивается хроническое нагноение с образованием свища и выделением гноя. Распознавание возможно при обнаружении в выделяемом инородных тел или же по характерной картине олеогранулемы при микроскопическом исследовании. Наконец, следует еще упомянуть о фиксации под кожей паховой области яичка. Производится это таким образом: яичко передвигают из мошонки в паховый канал, где оно удерживается в течение довольно продолжительного времени специально надеваемым бандажом. Развивающаяся в результате постоянного давления рубцовая ткань и зарастание пахового канала приводят к стойкой фиксации яичка под кожей паховой области. Ощупыванием можно обнаружить под яичком рубцовое утолщение и семенной канатик, выходящий из пахового канала и вновь поднимающийся к яичку. Та половина мошонки, откуда выведено яичко, представляется неизменной.

Членовредительство и психические заболевания

При освидетельствовании заподозренных в членовредительстве врач не должен упускать из вида возможность психического заболевания освидетельствуемого. Нужно всегда иметь в виду и то обстоятельство, что членовредительство может быть одним из проявлений душевного расстройства и что среди членовредителей могут встречаться психически больные люди. У душевнобольных самоповреждения не такое редкое явление. Иной раз сама форма членовредительства наталкивает врача на мысль о том, что перед ним психически больной человек. Так, например, известны случаи вылуцения глаза, ранения полового члена, раздавливания яичек и тому подобных повреждений у душевнобольных. Поэтому при опросе даже заведомого членовредителя необходимо обращать внимание на психическое состояние свидетелюемого и в случае каких-либо сомнений направлять его на испытание в лечебное учреждение.

ЧАСТЬ III

СУДЕБНО МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА СИМУЛЯЦИИ И ЧЛЕНОВРЕДИТЕЛЬСТВА

Общие положения

Среди фактических данных (доказательств), подтверждающих или опровергающих симуляцию и членовредительство, одно из первых мест занимает судебно-медицинская (и судебно-психиатрическая) экспертиза.

Судебно-медицинская экспертиза очень часто является не только важнейшим, но и решающим доказательством этих преступных действий. Вот почему в делах о симуляции и членовредительстве чрезвычайно важно не только тщательное проведение экспертизы, но также и правильный подход к оценке этого вида доказательств. Практика, однако, показывает, что и в проведении экспертизы и в оценке ее судебно-следственными органами наблюдаются существенные недочеты. Поэтому необходимо остановиться на некоторых вопросах судебно-медицинской экспертизы.

Обязательность судебно-медицинской экспертизы в делах о симуляции и членовредительстве

Закон устанавливает обязательный вызов эксперта для установления причин смерти и характера телесных повреждений, а также для определения психического состояния обвиняемого или свидетеля в тех случаях, когда у суда или у следователя по этому поводу возникают сомнения (примечание 1 к ст. 63 УПК РСФСР). Так как при симуляции и членовредительстве возникают вопросы, касающиеся расстройства здоровья, телесных повреждений и нередко психического состояния обвиняемого, то естественно, что для разрешения их обязательны вызов судебно-медицинских экспертов.

Выбор эксперта

Вопросы медицинского характера, возникающие в судебно-следственной практике, могут ставиться на разрешение только врачу. Экспертом по таким вопросам на предварительном или судебном следствии может быть только врач, то-есть лицо, имеющее высшее медицинское образование.

Производство каких бы то ни было судебно-медицинских исследований (живых лиц, вещественных доказательств и пр.) лекарскими помощниками или другими лицами медицинского персонала, кроме врачей, категорически воспрещается (Положение о СМЭ, п. 20). Приходится особо подчеркнуть недопустимость использования в какой бы то ни было мере в качестве экспертов лиц среднего медицинского персонала и пользоваться или ссылаться как на акты экспертизы на составленные ими справки, свидетельства и документы. Все это может быть использовано как свидетельские показания, но не более. До сих пор встречаются, правда, единичные факты использования лекарственных помощников как судебно-медицинских экспертов. Функции экспертов у нас осуществляются должностными судебно-медицинскими экспертами, находящимися в системе органов здравоохранения. В настоящее время, особенно во фронтовых районах, не всегда возможен вызов специалиста — судебно-медицинского эксперта, поэтому приходится в порядке ст. 193 УПК РСФСР вызывать ближайшего врача. Выбор эксперта имеет весьма существенное значение. Качество экспертизы во многом зависит и от умения следователя выбрать эксперта, правильно сформулировать вопросы и критически оценить заключение экспертизы. Нередко, к сожалению, приходится встречаться с совершенно неправильным отношением к эксперту-врачу. Среди судебно-следственных работников имеет известное распространение мнение, что экспертом может быть любой врач. Мало того, считают также, что врач-эксперт на следствии и суде не только может, но и должен отвечать на любой вопрос медицинского характера. В корне неверное, ошибочное мнение. Не учитывают при этом глубокой специализации отдельных медицинских дисциплин. Какими бы способностями ни обладал врач, он не может быть компетентным специалистом (а только это и требуется от эксперта) во всех отраслях медицины. Прекрасный хирург может оказаться беспомощным в чисто судебно-медицинских вопросах, даже, например, в судебно-медицинской оценке огнестрельных повреждений (определение дальности расстояния выстрела, входного и выходного отверстий), в чем приходилось неоднократно убеждаться. С другой стороны, специалист — судебно-медицинский эксперт не может разрешить специальных вопросов, относящихся к другим

медицинским дисциплинам (офтальмологии, невропатологии, гинекологии и т.п.), если только он специально не занимался этими вопросами. При выборе эксперта следователь обязан это учитывать и приглашать экспертом не просто врача, а врача — специалиста по тем вопросам, которые возникают по делу. Если же следователь лишен возможности пригласить специалиста, а вынужден пользоваться услугами ближайшего врача, то он должен с особой тщательностью и даже придирчивостью подойти к заключению такого «случайного» эксперта, не принимать его на веру и при первой возможности постараться, это заключение проверить.

Права и обязанности эксперта

Врач, выступающий в качестве эксперта, должен знать свои права и обязанности, определяемые Уголовно-процессуальным кодексом и Положением о судебно-медицинской экспертизе НКЗ.

Врач, вызываемый в качестве эксперта, обязан явиться и участвовать в осмотрах и освидетельствованиях и давать заключение. В случае неявки без уважительных причин, а также в случае отказа без законных к тому оснований от исполнения своих обязанностей эксперт может быть привлечен к уголовной ответственности по ст. 92 УК РСФСР. Обязанности эксперта, следовательно, могут быть возложены на каждого врача, и врач не имеет права уклониться от выполнения этих обязанностей. Врач не может отказаться от дачи заключения. За ложное заключение он несет ответственность. Врач-эксперт имеет право знакомиться с обстоятельствами дела, как на предварительном следствии (с разрешения следственных органов), так и в суде. Он может выписывать из подлинного дела все необходимые ему сведения и в связи с судебно-медицинской экспертизой предлагать вопросы потерпевшим, обвиняемым и свидетелям.

Эксперт имеет право требовать от заинтересованных в экспертизе учреждений или лиц, чтобы ему была точно указана цель экспертизы и чтобы были предложены определенные, конкретные вопросы, по которым надлежит дать заключение. При этом эксперт имеет право просить об уточнении и разъяснении редакции предложенных ему вопросов и может отказаться от ответов на вопросы, выходящие за пределы его знаний.

В случае сложности экспертизы и необходимости выяснения ряда специальных вопросов судебно-медицинский эксперт вправе требовать приглашения для участия в ней соответствующих специалистов, как медицинских, так и других, и высказывать свое заключение по совещании с ними.

И следователь и судьи в силу своей некомпетентности в медицинских вопросах могут иногда упустить весьма существенные для дела факты. В этих случаях судебно-медицинский эксперт обязан сам в порядке личной инициативы обращать внимание судебно-следственных органов на обстоятельства и факты, имеющие значение для расследования и судебного разбирательства.

В случае неправильного истолкования одною из сторон в судебном заседании данного экспертом заключения судебно-медицинскому эксперту вменяется в обязанность немедленно, независимо от стадии судебного процесса, заявить суду о факте неправильного истолкования заключения эксперта.

Наконец, врач-эксперт должен знать, что он не имеет права разглашать известные ему следственные материалы по делу и данные, полученные им при судебно-медицинской экспертизе он обязан сообщать исключительно учреждениям и лицам, имеющим право на получение указанных данных. За нарушение этого он несет ответственность по ст. 90 УК РСФСР.

Порядок проведения экспертизы и составление акта экспертизы по делам о симуляции и членовредительстве

Для экспертиз по делам о симуляции и членовредительстве должен быть установлен определенный порядок. Нужно иметь в виду, что большая сложность и недостаточность научной разработки этого раздела судебной медицины, а также те неправильности, которые могут иметь место при проведении подобных экспертиз и оформлении их, требуют особенно внимательного отношения. Поэтому безусловно необходимо придерживаться следующего порядка производства экспертиз по делам о симуляции и членовредительстве.

Экспертизы в случаях симуляции и членовредительства должны производиться, как правило, комиссионным порядком, с привлечением к ним не менее двух-трех опытных членов комиссии, а в случае надобности и врачей других специальностей.

Единоличное производство подобных экспертиз должно допускаться лишь в том случае, если нет возможности создать комиссию или же когда следователь протестует против комиссионной экспертизы в соответствии со ст. 169 УПК РСФСР.

При производстве экспертизы составляется акт, в котором обязательно должны быть отмечены следующие данные:

По предложению какого судебно-следственного органа произведена экспертиза, дата производства экспертизы, на какой предмет, состав комиссии — перечислить фамилии, имена, отчества и должности членов комиссии с указанием других присутствующих лиц (следователь, дознаватель, лечащий врач и др.). Предварительные сведения составляются со слов потерпевшего или на основании следственного материала с обязательным указанием, где, когда и при каких обстоятельствах произошел случай.

Если потерпевшему была оказана врачебная помощь и представляется возможность ознакомления с историей болезни, рентгеновскими исследованиями и другими медицинскими документами, необходимые выписки заносятся в акт экспертизы.

При исследовании потерпевшего точно описать имеющуюся картину повреждений, как-то: расположение и направление их, форму, глубину, размеры, цвет, возможное внедрение порошинок, наклон, как линий поруба, так и плоскости его по отношению к длиннику конечности, выделения и все другие имеющиеся особенности, а также описать и окружающую область повреждений. Следует помнить о возможности применения различных антисептических средств, которые иногда могут значительно изменять первоначальный вид пораженных участков.

При повреждениях костей должны быть обязательно произведены рентгеновские снимки в нескольких экземплярах (один — к истории болезни, другой — к материалу дела — акту).

К моменту производства экспертизы необходимо через следственные органы получить вещественные доказательства, связанные с нанесением повреждения, для детального ознакомления с ними и для воспроизведения той картины происшествия, на которую указывает потерпевший. Воспроизведение обстановки, при которой произошло повреждение, по мере возможности делать со слов свидетельствуемого и свидетелей, если они имеются, а также в возможных случаях практиковать демонстрирование этой картины самим потерпевшим.

При осмотре вещественных доказательств (одежды, обуви, топоров, поленьев, досок и т.д.) требуется самое тщательное обследование их. Недопустимо обращать внимание только на главные имеющиеся дефекты или особенности, а нужно внимательно исследовать весь объект для возможного обнаружения едва заметных характерных изменений, как, например, надрезов на обуви, мелких отдельных специфической формы кровяных брызг, внедрившихся в ткани частиц, порошинок, следов имеющейся или замытой копоти, малозаметных насечек на отрубленных пальцах и т. и., благодаря обнаружению которых могут подтверждаться или отрицаться показания потерпевшего.

Если имеется необходимость в биологическом или судебно-химическом исследовании вещественных доказательств, последние по возможности исследуются на месте или пересылаются в ближайшую судебно-медицинскую лабораторию в установленном порядке.

Если от судебно-медицинского эксперта требуется ответ об исправности или неисправности оружия или мог ли произойти выстрел из прилагаемого к делу оружия, то судебно-медицинский эксперт должен передать этот вопрос на заключение хорошо знающему оружие военинженеру из другой части.

При экспертизах по поводу членовредительства крайне желательно иметь для следственного дела, фотоснимки: а) воспроизведенной картины происшествия, б) поврежденного органа и в) вещественных доказательств.

В самой ответственной части акта — заключении — даются точно оформленные ответы на все поставленные следствием вопросы и мнение о возможности нанесения потерпевшим себе повреждения при указанных обстоятельствах.

Судебно-медицинский эксперт в случае необходимости может быть вызван начальником госпиталя для дачи своего мнения в порядке консультации в случаях симуляции или членовредительства.

Заключение экспертизы

Заключение является ответственной частью акта, экспертизы. Закон требует, чтобы заключение, экспертизы было дано в строгом согласии с обстоятельствами дела и данными тех специальных знаний, для которых вызван эксперт.

Это требование налагает на экспертов обязательство тщательно изучать все материалы дела, каждый документ, каким бы незначительным он ни казался на первый взгляд, строго обдумать и проанализировать все фактические данные. Заключение должно содержать в себе обстоятельные, строго обоснованные выводы из данных произведенной экспертизы, с соответствующей мотивировкой, содержать ответы на все поставленные судебно-следственными органами вопросы, а также должно давать указания (выводы) по вытекающим из материалов дела и данных экспертизы очевидным для эксперта вопросам, хотя бы они и не были предложены судебно-следственными органами. При экспертизе членовредительства в заключении должно быть высказано мнение о возможности нанесения потерпевшим себе повреждения при указанных обстоятельствах.

При комиссионном проведении экспертизы все эксперты в равной степени являются ответственными за правильность проведения экспертизы и заключения. Они подписывают протокольную часть акта экспертизы и заключение. Если кто-нибудь из экспертов не согласен с данным заключением, то он составляет особое мнение, прилагаемое к акту экспертизы.

Может ли врач-эксперт отказаться от дачи заключения? В отдельных конкретных случаях безусловно может отказаться полностью или частично от ответов на определенные вопросы. Во-первых, эксперт может отказаться от заключения по тем вопросам, которые выходят за пределы его знаний, например, если судебно-медицинскому эксперту предлагают вопросы, касающиеся психического состояния и вменяемости обвиняемого. Эксперт, не являющийся специалистом-психиатром, не должен пытаться отвечать на этот вопрос, руководствуясь общими рассуждениями, а не строго научными данными психиатрии. Эксперт обязан заявить суду, что он не является специалистом-психиатром, что это выходит за пределы его знаний, почему он и не может иметь своего суждения по этому вопросу. Никогда не следует стесняться и скрывать свое незнание перед судом, а нужно решительно и прямо об этом заявить. Авторитет врача-эксперта от этого несколько не пострадает, а только выиграет. Суд, привлекая врача в качестве эксперта, этим самым оказывает ему величайшее доверие. Ложным стыдом за свое незнание, эксперт может не только обмануть доверие суда, но и направить суд на неправильный путь, что в свою очередь может повлечь за собой тяжелую непоправимую ошибку.

Эксперт может отказаться от дачи заключения и в том случае, если предоставленные ему материалы недостаточны. Заявляя о невозможности дать заключение, эксперт обязан указать, какие именно материалы или документы, дополнительные исследования или расследования, опросы тех или других лиц (обвиняемых, потерпевших, свидетелей, сведущих лиц и др.) необходимы ему для выполнения экспертизы.

В тех случаях, когда врач-эксперт не может ответить на поставленные ему при экспертизе вопросы, он обязан по этому поводу дать мотивированное объяснение (заключение).

Вопросы судебно-медицинской экспертизе по делам о симуляции и членовредительство

Правильность проведения судебно-медицинской экспертизы во многом зависит от умения следователя правильно и исчерпывающе сформулировать вопросы экспертизе. Иногда приходится получать от следователя дело без каких-либо вопросов экспертизе. Дело просто направляется для заключения. Это, конечно, неправильно и указывает лишь на то, что следователь недостаточно уяснил себе сущность дела и не знает, какие вопросы ему нужно поставить на разрешение экспертизы. Если следователь затрудняется поставить вопросы экспертизе, то ему можно рекомендовать до направления дела в комиссию экспертов вызвать к себе для консультации судебно-медицинского эксперта и вместе с ним уточнить, какие вопросы должны быть поставлены перед судебно-медицинской экспертизой. Предусмотреть все вопросы, которые могут возникнуть в каждом конкретном деле, конечно, невозможно. Можно только привести типичные, основные вопросы, которые приходится ставить на разрешение перед судебно-медицинской экспертизой.

1. По поводу симуляции

- а) Какое заболевание обнаружено у испытуемого и его причины?
- б) Подтверждается ли болезнь объективными данными или их нет?
- в) Объясняется ли отсутствие объективных данных характером заболевания или болезнь изображается (симулируется) испытуемым?
- г) Типично или нетипично протекает заболевание у испытуемого?

д) Не объясняется ли необычность течения болезни преувеличением отдельных симптомов болезни (аггравацией)?

е) Соответствует ли объективным данным указание испытуемого о причинах и давности заболевания (время начала заболевания)?

ж) Каково отношение испытуемого к лечению? Нет ли попыток ухудшить или замедлить течение болезни отказом, невыполнением лечебных мероприятий и процедур или какими-либо другими способами?

Не замечается ли попыток словесными утверждениями преуменьшить результаты лечения?

з) Какими объективными данными подтверждается симуляция (аггравация) испытуемым предъявляемого им заболевания?

и) Является ли симуляция (аггравация) сознательной или же она есть следствие болезненного состояния испытуемого (истерии, какого-либо душевно го заболевания) ? \

к) Если симуляция (аггравация) есть следствие болезненного состояния испытуемого, то вменяем ли он и в какой степени является ответственным за свои действия?

л) Считают ли эксперты доказанным ложное создание испытуемым картины заболевания?

м) Дает ли болезнь, на которую жалуется испытуемый, освобождение от военной службы?

н) Годен или не годен испытуемый к военной службе?

2. По поводу членовредительства

а) Какое повреждение обнаружено у потерпевшего, чем (орудием или средством) и каким способом оно было нанесено?

б) Соответствуют ли даваемые потерпевшим объяснения обстоятельств получения повреждения объективным данным?

в) Возможно ли воспроизведение обнаруженных изменений самим потерпевшим?

г) На каком расстоянии был произведен выстрел? Каково направление выстрела? Где входное и выходное отверстия (при огнестрельных повреждениях)?

д) Возможно ли установить, из какого оружия был произведен выстрел?

е) Соответствует ли объективным данным показание потерпевшего о давности получения повреждения?

ж) Не обнаружено ли в области повреждении остатков или следов действия каких-либо веществ, которыми могло быть вызвано повреждение?

з) Каковы тяжесть повреждения и опасность его для жизни? Какой срок необходим для излечения повреждения?

и) Каково отношение потерпевшего к лечению? Нет ли попыток ухудшить или замедлить излечение пассивными (невыполнение лечебных мероприятий) или активными (растравливание, расковыривание, срывание повязки и т.п.) действиями?

к) Каково психическое состояние потерпевшего и нет ли надобности в судебно-психиатрической экспертизе?

(Этот вопрос ставится лишь в сомнительных случаях).

л) Освобождает ли постоянно или временно данное повреждение или заболевание от военной службы?

м) Годен или не годен потерпевший к военной службе?

Перечисленные выше вопросы являются, понятно, примерными. В каждом конкретном случае, в зависимости от его особенностей, вопросы могут быть дополнены и изменены.

Пределы компетенции эксперта

Из опыта известно, что врачи, привлекаемые в качестве экспертов, не всегда достаточно ясно представляют себе те требования, которые к ним предъявляются, и пределы своей компетенции. В результате неосведомленности в дальнейшем может возникнуть целый ряд недоразумений.

Врачу необходимо знать, что органы военной юстиции привлекают его в процессе расследования только потому, что он — врач, т.е. человек, обладающий специальными знаниями, которыми не обладают следователь, прокурор, судья. Расследование ведет следователь, обвинять будет прокурор, решать вопрос о виновности будет суд. Врачу-эксперту представители военной юстиции предлагают вопросы, которые он должен разрешить только на основании строго научных данных и своего собственного врачебного опыта. Этими обязательными требованиями к врачу-эксперту и определяются пределы его компетенции, что не всегда достаточно ясно представляют себе не только врач, но и судебно-следственные работники.

Заключение врача-эксперта является только одним из доказательств в процессе, и как всякое доказательство оно должно быть проверено другими доказательствами. Заключение эксперта не является обязательным для суда. Суд может согласиться с выводами экспертизы, но может их, и не принять. Если врач, привлекаемый в качестве эксперта, не обладает знаниями и опытом для разрешения тех вопросов, которые ему предлагают, то он не только имеет право, но и обязан отказаться от экспертизы, потребовав вызова специалиста, судебно-медицинского эксперта. Ни в коем случае не следует давать заключения на основании априорных предположений, только потому, что врачу так кажется правильным. Заключение должно вытекать из объективных данных. Так, например, врач должен критически подходить к материалам дела, которыми он располагает к моменту экспертизы. После экспертизы расследование продолжается. При дальнейшем расследовании и на суде могут появиться новые данные, в корне изменяющие сущность дела. Врач-эксперт не должен смущаться также тем обстоятельством, что полученные им объективные данные противоречат имеющимся материалам дела. Объяснение этому может быть получено при дальнейшем расследовании или на судебном процессе. Экспертиза должна быть обоснованной, строго научной и объективной, иначе она не нужна суду. Эти элементарные истины, к сожалению, не всегда известны не только врачам, но и юристам. Опыт показывает, что иной раз судебно-следственные работники считают, что врач обязательно должен ответить на поставленный ему вопрос, а врач, не зная своих прав и пределов своей компетенции, считает себя обязанным разрешить любой вопрос, который ему предлагают органы юстиции, что является в корне неправильным. Наиболее часто встречается неправильное представление о пределах компетенции эксперта как со стороны судебно-следственных работников, так и самих экспертов в вопросе об умысле при доказательстве симуляции и членовредительства, что и приводит иногда к тяжелым ошибкам. Нередко бывает так, что следователь, недостаточно владеющий искусством ведения следствия, пытается все обосновать только заключением экспертизы и иной раз настойчиво требует от врача точного ответа о том, было или не было в данном случае умышленное членовредительство. С другой стороны, встречаются и эксперты, охотно берущие на себя несвойственные им функции следователя и прокурора. Решение вопроса об умысле, как правило, не должно входить в компетенцию судебно-медицинского эксперта. Вопрос об умысле решают следователь и суд. Эксперт же может высказать мнение, например, о возможности или невозможности нанесения себе повреждения потерпевшим при указанных обстоятельствах. Представим себе, что эксперт устанавливает при осмотре огнестрельного ранения, что выстрел произведен в упор. Может ли он по одному этому признаку решить, что имеет дело с членовредительством? Конечно, нет. Выстрел в упор может быть при членовредительстве, несчастном случае, может быть получен и в рукопашной схватке. Предположим далее, что потерпевший отрицает выстрел в упор, а утверждает, что ранен в перестрелке, издали. Может ли эксперт в этом случае говорить об умышленном ранении? Опять-таки нет. Дальнейшее расследование может установить, что потерпевший ранил себя случайно и, стыдясь своей неосторожности, объяснил сначала свое ранение неприятельской пулей, в перестрелке. Все это может быть установлено следствием, судом, но не экспертизой. О чем может говорить в таком случае эксперт? Только о том, что объяснения потерпевшего не соответствуют объективным данным, что выстрел был произведен в упор, а не с дальнего расстояния, и что, следовательно, объяснения потерпевшего противоречат объективным данным.

Другой пример: если врач констатирует ожог глаза кислотой, а потерпевший отрицает ожог и объясняет поражение глаза засорением, то врач может высказать предположение о членовредительстве. Но если потерпевший заявляет, что кислота случайно брызнула в глаз, то умышленное членовредительство может быть установлено следователем, но не врачом.

Иногда следователь требует от эксперта дать категорический ответ на поставленные вопросы: «Да или нет?», «Было или не было членовредительство?». Такое требование со стороны следователя также неправильно. В целом ряде случаев можно дать не категорический, а только предположительный ответ как в ту, так и в другую сторону. Если следователь будет настаивать на категорическом ответе, то опытный эксперт в случае невозможности, откажется дать такой ответ, а неопытный эксперт может попытаться найти обоснование для категорического ответа в общих рассуждениях и тем самым иной раз ввести следствие в заблуждение. Поэтому пределы компетенции эксперта должны обязательно учитываться как органами военной юстиции, так и самими экспертами.

Судебно-медицинская экспертиза в условиях фронта

В условиях фронта судебно-медицинская работа врачей характеризуется рядом особенностей, вытекающих из фронтовой обстановки, которая вносит известные поправки в обычный порядок проведения экспертизы. Обстановка иногда диктует необходимость немедленного расследования факта, подозрительного на членовредительство, и соответствующих следственных и судебных действий, Основная масса экспертиз по делам о членовредительстве производится на месте врачами передовых пунктов медпомощи, медсанбатов или передовых подвижных госпиталей.

В обязанности врачей входит, помимо обычной работы, выявление случаев, подозрительных на членовредительство, и последующая экспертиза. Далеко не всегда имеется возможность создания комиссии для проведения экспертизы, и поэтому врач вынужден проводить экспертизу единолично. Тем большая ответственность возлагается на врачей-экспертов. ГВСУ (Молодцов и Васильев) дают следующие указания военным врачам фронтовых районов:

«Врач в процессе обычного обследования раненого без всякой предвзятости на самоповреждение должен спросить:

- а) о времени ранения,
- б) в какой фазе боя получено ранение,
- в) о положении тела во время ранения

и, сопоставив эти данные с медицинской характеристикой раны, сделать тот или иной вывод».

Все эти данные должны быть записаны в тот или иной документ (история болезни, карта и пр.). Делать это нужно не только для накопления наиболее полного материала для последующих разработок, но и для обеспечения дополнительных данных для следственных органов, так как дело о самострельстве может возникнуть спустя долгое время после ранения.

Во всех ясных случаях умышленных самоповреждений лечащий врач сообщает об этом судебно-следственным органам через своего непосредственного начальника. В случаях же, если характер ранения является подозрительным на возможное умышленное самоповреждение, лечащий врач обязан пригласить для консультации специалиста — судебно-медицинского эксперта или более опытного врача для разрешения вопроса о необходимости возбуждения следствия. Такого вида предварительная консультация является необходимой во избежание напрасной травматизации раненого военнослужащего, поскольку компетенция врачей в этих вопросах может быть недостаточной.

При приеме в госпиталь легко раненых на обязанности принимающих врачей лежит выделение подозрительных на членовредительство. В случае возможности вызова судебно-медицинского эксперта из состава армейской или фронтовой патолого-анатомической лаборатории или же имеющегося в данном месте любого судебно-медицинского эксперта последний командованием госпиталя приглашается для проведения предварительной экспертизы.

Если не представляется возможным вызвать специалист судебно-медицинского эксперта из органов НКО или НКЗ, то командование госпиталя назначает для производства предварительной экспертизы комиссию в составе наиболее опытных хирургов.

После осмотра подозреваемых вышеуказанными лицами выделяются только те лица, у которых членовредительство не может быть исключено; на каждого из последних судебно-медицинским экспертом или созданной комиссией составляется акт предварительной экспертизы, который со всеми материалами (история болезни, карты передового района, вещественные доказательства) передается следственным органам.

В акт предварительной экспертизы включается:

1. Введение с указанием: а) фамилии, имени, отчества, возраста, части свидетельствуемого, б) наименования лиц, произведших освидетельствование, в) наименования командования госпиталя, предложившего экспертизу.

2. Обстоятельства дела с указанием: а) обстоятельств ранения или заболевания со слов пострадавшего и б) данных записи из карты передового района и истории болезни об обстоятельствах ранения (заболевания).

3. Объективные данные на общих для акта судебно-медицинской экспертизы основаниях с обращением внимания на точное описание анатомического характера ранения или характера заболевания.

4. Заключение по следующей схеме (в случаях травматических членовредительств):

- а) локализация, направление и характер повреждения с указанием, каким оружием оно нанесено;
 - б) расстояние выстрела;
 - в) соответствует ли анатомический характер ранения показаниям свидетельствуемого.
- В остальных случаях в заключении указывать точную или предполагаемую природу заболевания.
5. Подпись лица или лиц, производивших экспертизу.

Доказательство симуляции и членовредительства

Многие опытные военные эксперты считают экспертизу симуляции и членовредительства делом весьма трудным и сложным. К бесспорным доказательствам симуляции и членовредительства относят уличение на месте преступления и признание. Но даже и эти, казалось бы, бесспорные доказательства не всегда бывают такими и поэтому требуют обязательной проверки и подтверждения другими фактами. Уличение на месте преступления может быть случайным, потому что симулянт и членовредитель, естественно, принимают все меры предосторожности, совершая свои манипуляции. Конечно, если членовредителя застанут в тот момент, когда он простреливает себе руку или растревляет кислотой язву на ноге, факт членовредительства налицо. В других случаях, особенно при симуляции, уличение на месте преступления еще ничего не доказывает. Хорошо известно, что при сильной зубной или головной боли душевное переживание или отвлечение внимания могут заставить человека, на время забыть мучительную боль. Точно так же человек, страдающий заиканием, меньше заикается в спокойной обстановке при отвлечении внимания, чем в состоянии волнения. То же можно наблюдать и у страдающих подергиванием (тиком). Разве в таких случаях можно утверждать, что здесь имеется симуляция боли, заикания, подергивания и что эти субъекты уличены на месте преступления? Конечно, нет. Хорошей иллюстрацией к сказанному является пример, приведенный Шавиньи. Одна его пациентка, страдавшая хроническим ревматизмом, уже год ходила с трудом. Однажды она увидела, что на нее несется взбесившаяся лошадь. От сильного испуга она вновь приобрела на минуту свою прежнюю подвижность, пробежала 8–10 шагов до перрона, на который и взобралась с совершенно непостижимой ловкостью. В этот вечер и на следующий день ее анкилоз (неподвижность в суставах) был выражен сильнее, чем раньше. Отечественная война дает множество примеров, когда тяжело раненые бойцы совершают подвиги, которые не под силу иной раз здоровому человеку. Вряд ли кому-нибудь придет в голову мысль о симуляции. Это только доказывает, какое влияние иногда могут оказывать сила воли, патриотический порыв и напряжение в бою на поведение человека.

Признание само по себе также не может считаться бесспорным доказательством членовредительства. Юридическая практика знает немало примеров признания в совершении преступления лицом, которое никогда преступления не совершало. Суд не удовлетворяется одним признанием, не проверив его другими объективными доказательствами. Ложное признание особенно может иметь место у субъектов недостаточно развитых, малокультурных, сплошь да рядом не уясняющих сущности задаваемых им вопросов. Это же может относиться и к гражданам, плохо владеющим русским языком и не понимающим вопросов, с которыми к ним обращаются. В таких случаях необходим хороший переводчик.

Приведу исключительный пример ложного признания.

В боевой обстановке, ночью, во время сильного ружейного, минометного и артиллерийского огня противника, боец В. почувствовал резкую боль в правой пятке. Ощупав ногу, он обнаружил разрыв сапога и кровь. Сказав командиру роты, что он ранен, В. пошел на медицинский пункт. Врачи, оказывавшие ему помощь, обратили внимание на большое внешнее сходство прореза на сапоге и раны с проколом штыком, о чем сообщили военному следователю. Следователь привлек военных врачей в качестве судебно-медицинских экспертов и потребовал официального заключения. Комиссия врачей-экспертов, освидетельствовав В., дала следующее заключение: «Характер и форма ранения, а также отсутствие в ране предметов, могущих нанести ранение, исключают предположение о боевом ранении. Учитывая обстановку происшествия и характер ранения, приходим к заключению, что ранение нанесено колющим орудием, т.е. штыком, что дает основание усматривать умышленное членовредительство».

Арестованный В. отрицал членовредительство и продолжал утверждать, что сам не знает, как в бою получил ранение. Закончив дело, следователь в беседе с В. сказал, что чистосердечное признание всегда учитывается судом при вынесении приговора. На суде В. сознался в членовреди-

тельстве. Суд приговорил его к высшей мере наказания, заменив расстрел 10 годами заключения и отправкой на фронт. Для лечения В. был направлен в госпиталь.

Так как рана долго не заживала, врачи решили сделать рентгеновский снимок. На снимке в мягких тканях правой пятки было обнаружено инородное тело, оказавшееся при извлечении кусочком минометного снаряда. Лишь после этого В. подал заявление прокурору. Приговор в порядке надзора был пересмотрен и отменен.

Чем же объяснить такую тяжелую ошибку, вследствие которой честный боец, проливший свою кровь в бою, подвергся обвинению в позорном преступлении и тяжелому наказанию?

Прежде всего легкомысленным и несерьезным отношением врачей-экспертов. Если даже врачи были убеждены в том, что рана нанесена штыком, они обязаны были исключить огнестрельное ранение, указав в заключении на необходимость рентгеновского исследования. А врачи, зная, что рентгеновский кабинет далеко (он был за 200 километров), решили ограничиться простым осмотром раны. Кроме того, эксперты, заявляя об умысле, превысили пределы своей компетенции. Суду нужно не убеждение эксперта, а доказательства.

Ошибка следователя в данном случае заключается в том, что он всецело доверился заключению экспертов, не поставил сам перед экспертами вопроса о необходимости рентгеновского исследования, не проверил заключения другими доказательствами и материалами дела.

Приведенный пример еще раз заставляет подчеркнуть, что эксперт должен постоянно помнить о возможности ошибок при доказательстве симуляции и членовредительства и с особой осторожностью относиться к своим включениям.

Важнейшие недочеты в проведении экспертизы по делам о симуляции и членовредительстве

Необходимо остановиться еще на тех недочетах, которые наблюдаются при проведении экспертиз по делам о симуляции и членовредительстве. Важнейшие из них перечислены в инструктивном письме главного судебно-медицинского эксперта НКЗ СССР. Военные юристы и врачи, зная недочеты экспертизы, смогут их избежать.

Существенным недостатком является индивидуальное, а не комиссионное проведение экспертизы. Необходимость комиссионной экспертизы объясняется стремлением свести до минимума возможность ошибок, так как раздел судебной медицины, касающийся экспертизы симуляции и членовредительства, недостаточно еще научно разработан. Каждый случай имеет свои характерные особенности и требует строгого, всестороннего объективного обсуждения.

Другим, не менее существенным недочетом является неправильное составление и оформление документов экспертизы. Врачи-эксперты по должны забывать того, что составленный ими документ должен давать полное представление о возникновении, развитии и характере заболевания (повреждения). Эксперты не всегда могут быть вызваны в суд. Выводы экспертизы могут оспариваться, иногда требуется назначение переэкспертизы. Поэтому акты экспертизы должны давать полное представление о возникновении, развитии и характере заболевания (повреждения) и всех действиях экспертов.

Отмечается, что акты составляются кратко, с поверхностным описанием имеющихся повреждений. Часто не описываются подробно место расположения и направление повреждений, их форма, размеры, цвет и другие характерные признаки, как, например, наклон плоскости поруба по отношению к длинной оси конечности (при порубах пальцев), которые иногда имеют исключительное значение для суждения о происхождении повреждений.

В актах отсутствуют необходимые выписки из истории болезни, амбулаторных карт, рентгеновских исследований и других медицинских документов. В актах не отражаются также. Результаты исследования повреждений обуви, одежды и других предметов.

Иногда ввиду неточной формулировки ответов на поставленные следствием опросы заключения носят противоречивый или неопределенный характер. Между тем медицинская экспертиза членовредительства кладется в основу решения суда, почему эти экспертизы требуют от судебно-медицинского эксперта особенно полного, хорошо составленного акта, особо тщательного исследования как потерпевшего, так и имеющихся вещественных доказательств, а также строжайшей объективности в своих заключениях.

Что же касается экспертизы симуляции, то, кроме указанных недостатков, следует указать на неполноту истории болезни: краткие записи наблюдений, симптомов, объективного исследования, поверхностное ведение дневника, отсутствие лабораторных, рентгеновских и других исследований и т.д. В качестве примера приведем:

7 мая 1941 г. комиссия Н-ского гарнизона по распоряжению начальника гарнизона освидетельствовала красноармейца П-ва Петра Ивановича, рождения 1921 года, и установила следующее:

Рост 159 см, вес тела 58,5 кг, окружность груди 89 см. Жалобы: сердцебиение, «стеснение в груди», головокружение, «голова как-будто отделилась от туловища», «не помню, что говорю». До Красной Армии работал электро-техником. Будучи в Красной Армии, болел каким-то нервным расстройством, лечился в ... психиатрической больнице, после чего получил двухмесячный отпуск. Направлен командованием части на предмет определения годности к военной службе. Находился на излечении в госпитале с 20/VI по 27/VI 1941 г. и признан врачебной комиссией госпиталя к службе годным.

Объективные признаки болезни. Правильно сложен, хорошо упитан, покровы нормальны. Сердце — левая граница несколько увеличена, тоны чистые, пульс 84 в минуту, кровяное давление 105–55. После 15 приседаний пульс 118 в минуту, кровяное давление 125–60. Легкие и органы брюшной полости без изменений. Нервная система без органических изменений. Явления реактивного состояния. Психика — сознание ясное, ориентирован, бредовых идей не высказывает. Со стороны остальных органов и систем без изменения.

Заключение. Практически здоров. Под действие статей приказа НКО № 184–40 г. не подходит. К службе годен без ограничений. За свои поступки ответственен. Председатель комиссии (подпись).

1. Приведенный акт экспертизы имеет существенные дефекты. Свидетельствованный П-ов в течение семи дней (с 20/VI по 27/VI — 41 г.) находился в госпитале. Как его там обследовали и что у него было обнаружено в госпитале — неизвестно, так как никаких выписок из истории болезни в акте освидетельствования нет. Нельзя поэтому судить о полноте и правильности исследования П-ва в госпитале, а следовательно, и о правильности выводов врачебной комиссии госпиталя.

2. Описание объективного исследования П-ва комиссией гарнизона очень кратко, поверхностно и не дает представления о том, как и насколько полно было произведено это исследование. В акте имеются лишь выводы (легкие и органы брюшной полости без изменений, со стороны остальных органов и систем без изменений), а не описание хода исследования и обнаруженных явлений. Описание исследования должно быть таким полным, чтобы по описанию вывод мог сделать любой эксперт, вызванный в суд.

3. Акт экспертизы не дает возможности составить какое-либо представление о психическом состоянии П-ва. В анамнезе у П-ва имеется определенное указание на «нервное расстройство», находился на излечении в психиатрической больнице и получил отпуск на два месяца. Сведений о его психическом состоянии во время испытания в госпитале в акте не имеется. Комиссией отмечены явления реактивного состояния, но чем оно было вызвано и в чем проявлялось — неизвестно. Все психиатрическое исследование заключается в одной фразе: «Психика — сознание ясное, ориентирован, бредовых идей не высказывает».

4. Из акта нельзя даже выяснить, кто участвовал в экспертизе, какие специалисты и число их, так как свидетельство подписано лишь одним председателем.

Такой акт экспертизы не может фигурировать в судебном процессе как доказательство, так как он в силу отмеченных дефектов ровно ничего не доказывает и должен быть отвергнут судом. А этот акт не только фигурировал в деле, но и лег в основу решения суда.

Следственный эксперимент

В делах о членовредительстве большую помощь как для понимания происшедшего, так и для раскрытия преступления может оказать следственный эксперимент. Следственный эксперимент имеет целью на основании материалов дела реконструировать происшествие. Для этогоследователь выезжает на место происшествия в сопровождении подозреваемого и свидетелей, если они имеются, восстанавливает обстановку происшествия, положение потерпевшего, оружия, окружающих предметов и т.д. К следственному эксперименту необходимо привлекать судебно-медицинского эксперта, которому могут быть предложены вопросы, например о направлении выстрела, возможности ранения или определенном положении оружия и т.д. К следственному эксперименту могут быть привлечены различные военные специалисты, командование части и другие лица. Понятно, что следственный эксперимент далеко не всегда возможно провести на месте происшествия. Из этого не следует, что от него нужно отказаться. Следственный эксперимент иногда

можно провести и в кабинете следователя и в экспертной комиссии. Потерпевший, например, может показать свое положение и положение оружия в момент ранения. Следственный эксперимент должен быть зафиксирован в протоколе, фотоснимках и плане места и обстановки происшествия.

Другие виды экспертизы

Нередко по ходу дела, особенно при членовредительстве, может возникнуть необходимость в специальной экспертизе оружия, одежды, вещественных доказательств, крови и т.п.

Проведение специальных экспертиз нельзя предлагать врачу, даже судебно-медицинскому эксперту, а следует поручать специалисту. Так, экспертизу оружия для определения его исправности или неисправности в случае невозможности направить в криминалистическую лабораторию можно поручить военинженеру, хорошо знающему оружие. Вещественные доказательства нужно обязательно направлять в медико-криминалистические или судебно-медицинские лаборатории, а не пытаться исследовать их своими средствами на месте,

Вещественные доказательства

К тому, что было уже сказано о вещественных доказательствах в главе о членовредительстве, необходимо добавить несколько слов. Вещественные доказательства могут быть обнаружены на месте происшествия или изъяты у потерпевшего при осмотре, обыске на нем самом, и его личных вещах, в постельных принадлежностях, например в госпитале, и т.д. Для того чтобы вещественные доказательства не потеряли своего значения как доказательства, должны быть приняты все меры к тому, чтобы, во-первых, сохранить их в том виде, в каком они были обнаружены, во-вторых, исключить возможность подмены их. Вещественные доказательства после их получения должны быть тотчас же тщательно осмотрены и самым подробным образом описаны. Затем их необходимо упаковать и обязательно опечатать таким образом, чтобы упаковка не могла быть вскрыта без нарушения целостности печати. Вещественные доказательства, изъятые медперсоналом, направляются военному следователю в упакованном и опечатанном виде с отношением, в котором подробно указывается, у кого изъяты вещественные доказательства, какие и по какому поводу. При направлении вещественных доказательств для специальной экспертизы в лабораторию нужно приложить протокол осмотра вещественных доказательств и изложение обстоятельств дела. В отношении необходимо перечислить все объекты, указать, откуда они изъяты, что именно нужно исследовать, на какой предмет, и поставить перед экспертизой вопросы, которые следует разрешить.

*

**

В заключение еще и еще раз хочется повторить: очень сложная, трудная и ответственнойшая задача возлагается на врача при экспертизе симуляции и членовредительства. В данное время и особенно на фронте обстановка иной раз такова, что требует немедленного разрешения вопроса. Советский закон не только карает, но и воспитывает. Приговор военного трибунала — это политический акт, на котором воспитываются массы. Доверие, оказываемое советским правосудием врачу-эксперту, накладывает на него огромную моральную ответственность и обязанность оказаться достойным этого доверия. От врача требуются исключительно добросовестное, честное отношение к возлагаемым на него почетным обязанностям и величайшая осторожность в оценке каждого конкретного случая. Он должен приложить все свои знания и опыт, активно помогая органам военной юстиции разоблачать трусов и шкурников, не проявляя при этом никакой мягкотелости и памятуя, что каждый случай оставления безнаказанным членовредителя и симулянта ослабляет боеспособность части.

Вместе с тем врач-эксперт ни на минуту не должен забывать, что самым ценным капиталом у нас является человек. Неправильное, ошибочное подозрение или обвинение в симуляции или членовредительстве бойца или командира Красной Армии нетерпимо и не должно иметь места. Правильное понимание своих прав и обязанностей, твердое усвоение требований, предъявляемых органами военной юстиции, и полное осознание той ответственности, которую он несет, позволят врачу избежать ошибок и найти верное решение в каждом отдельном случае.

ОБРАЗЦЫ АКТОВ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

1. АКТ

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ

24 апреля 1941 г. По предложению военного следователя военной прокуратуры Н-ской стрелковой дивизии военюриста т. К-ва комиссией врачей медсанбата СД в составе командира хирургического взвода МСВ Ф-ва Петра Ивановича, ординатора терапевтического взвода Г-он Николая Степановича, терапевта С-ва Михаила Юрьевича, невропатолога Х-ч Алексея Михайловича и невропатолога З-го Абрама Ильича в присутствии военюриста К-ва произвели освидетельствование красноармейца Х-го Якова Осиповича, 1911 года рождения, на предмет определения состояния его здоровья и, в частности, выяснения, страдает или нет Х-ов Я.О. ревматизмом.

Обстоятельства дела. 20/IV—41 г на имя мощного прокурора СД поступило отношение командования Н-ского стрелкового полка, в котором указывалось, что красноармеец Х-ов Я. О. уклоняется от несения обязанностей военной службы, ссылаясь на то, что он давно страдает ревматизмом и у него болят ноги. Считая Х-ва симулянтом, командование просит привлечь Х-ва к уголовной ответственности.

Жалобы. Свидетельствуемый Х-ов жалуется на боли в костях обеих голени, вследствие чего ему трудно ходить. Никаких других жалоб Х-ов не предъявляет. По его словам, он болен давно, к врачам никогда не обращался. Других симптомов своей болезни указать не может.

Объективные данные. Рост — 178 см, вес — 77 кг. Телосложение правильное. Кожа нормальной окраски, видимые слизистые оболочки розового цвета. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно, мышечная система развита хорошо. Суставы объективно не изменены, правильной формы. Активная и пассивная подвижность в них не ограничена и свободна, хруста при движениях в суставах не отмечается. Костная система никаких отклонений от нормы не представляет.

Органы кровообращения. Жалоб нет. Границы сердца нормальны, тоны чисты. Пульс 68 в минуту, хорошего наполнения. Сосуды мягкие, эластичные, не извилисты. Подкожные вены на задней поверхности правой голени несколько расширены.

Органы дыхания. Дыхание жесткое, хрипов нет.

Органы пищеварения. Язык влажный, не обложен. Глотание свободное. Нижняя граница желудка — 6 см над пупком. Область кишечника не изменена, при ощупывании безболезненна.

Печень не увеличена, безболезненна. Край ее прощупывается в предреберье.

Селезенка не прощупывается.

Мочеполовая система. Половые органы развиты нормально. Расстройств мочеотделения не отмечается. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Нервная система. Реакция зрачков на свет, аккомодация и конвергенция нормальные. Подвижность глазных яблок обычная. Язык высовывает по средней линии. Мимика в норме. Речь и глотание нормальные. Мышечная сила удовлетворительная. Сухожильные рефлексy равномерные, живые, патологических рефлексy не обнаружено. Брюшные рефлексy живые. Все виды чувствительности в норме. При ощупывании свидетельствуемый отмечает болезненность при давлении на правую голень сзади. Со стороны психики отклонений от нормы не отмечается.

Председатель комиссии (подпись)

Члены (подписи)

Военный следователь (подпись)

Заключение

К-ец Х-ов Яков Осипович ревматизмом не страдает, а это заболевание симулирует и под действие статей приказа НКО № 184 1940 г. не подходит. Годен к строевой службе без ограничений.

Председатель комиссии (подпись)

Члены (подписи)

2. АКТ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

17 марта 1941 г. Вследствие предложения военного прокурора Н-ской кавдивизии военюриста 2-го ранга т. Ч-ва комиссия врачей в составе судебно-медицинского эксперта М-ва Семена Ивановича, начальника санитарной службы Н-ского кавполка военврача 3-го ранга Н-ва Андрея Михайловича и военврача 3-го ранга А-ва Николая Петровича в присутствии военследователя военной прокуратуры Н-ской дивизии военюриста 3-го ранга К-ра Ивана Дмитриевича и повара красноармейца Р-да Ефима Ивановича ознакомилась с материалами дела и произвела освидетельствование кр-ца Г-ва Павла Леонидовича для определения характера и способа нанесения имеющегося у Г-ва повреждения пальцев левой руки. Военным следователем поставлены на раз решение комиссии следующие вопросы:

1. Какие повреждения обнаружены у Г-ва и каким способом они были нанесены?
2. Соответствуют ли даваемые потерпевшим объяснения обстоятельств получения повреждения объективным данным?
3. Годен или не годен Г-в к военной службе?

Обстоятельства дела. Из материалов дела устанавливается следующее. 15 марта 1941 г. кр-ц Г-ов П. Л. находился в наряде на кухне. В 22 час. Г-ву и кр-цу К-ву было поручено рубить рыбу. Эту работу они выполняли на кухонном столе, где стояла специальная колодка. Каждая рыба бралась рукой за хвостовую часть, которая придерживалась на весу, а туловище рыбы перерубалось на колодке большим хлебобрезным ножом весом 800 граммов. Когда кр-ц К-ов вышел на короткое время из кухни, то Г-ов, по его словам, разрубая рыбу, случайно ударил себе ножом по левой руке и отрубил 4 пальца. Вернувшийся тут же кр-ец К-ов и повар Р-да отвели Г-ва в санчасть, где ему сделали перевязку и затем отправили в госпиталь. Свидетельствуемый Г-ов подтвердил все изложенное выше. Жалобы на боли в области культи пальцев, головокружение, слабость.

Объективные данные. На левой кисти имеется хирургическая повязка, по снятии которой обнаружено следующее: часть V, IV, III и II пальцев отсутствует. Ткани поверхностей культи, этих пальцев влажные, красновато-розоватого цвета. Кожа культи коричневатого-желтого цвета от смазывания иодной настойкой. У V пальца отсутствует внутренний край ногтевой фаланги с кусочком ногтя, у IV пальца — 1-я и часть 2-й фаланги на 2 см выше сустава между 2 и 3-й фалангами; у III и II пальцев 1 и 2-я фаланги отделены на уровне суставов между 2 и 3-й фалангами. Плоскость отруба везде ровная, гладкая как в мягких тканях, так и в костях и расположена в косом направлении по отношению к длиннику пальцев. При выпрямленных и сложенных вместе пальцах линия отделения представляет собой ровную линию, идущую в косом направлении по отношению к длинникам пальцев от V пальца сверху вниз ко II пальцу как с ладонной, так и с тыльной поверхности кисти. На рентгеновском снимке поврежденной кисти Г-ва видно, что кости V пальца не повреждены, 2-я фаланга IV пальца отрублена ровно, трещин не отмечается, III и II пальцы, отделены в суставах. Суставные головки 3 фаланг этих пальцев не повреждены. Других особенностей и повреждений при осмотре кр-ца Г-ва не обнаружено. Осмотр был произведен в перевязочной хирургического отделения Н-ского госпиталя.

Председатель комиссии (подпись)

Члены (подписи)

Присутствовали: **военный следователь**
красноармеец повар Н-ского кавполка
(подписи)

Заключение

На основании вышеизложенного комиссия, отвечая на поставленные следствием вопросы, приходит к следующему заключению:

1. Часть пальцев левой кисти у кр-ца Г-ва отрублена сильным ударом Г-ва острого рубящего орудия, каким мог быть хлебобрезной нож. Острие ножа в момент удара находилось под острым углом по отношению к длиннику пальцев. Пальцы могли быть отделены только ударом по тыльной их поверхности. Если бы удар был произведен по ладонной поверхности пальцев, то при обычном держании ножа линия отделения проходила бы в обратном направлении.

2. Направление линии отделения дает основание утверждать, что пальцы в момент отделения были вытянуты и сложены имеете. Это противоречит утверждению Г-ва, что пальцы отрублены им в тот момент, когда он левой рукой держал рыбу.

3. Вопрос о степени годности Г-ва к военной службе может быть разрешен только после окончания лечения.

Председатель комиссии (подпись)

Члены (подписи)

3. АКТ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

12 апреля 1941 года. По предложению военного следователя военной прокуратуры Н-ского гарнизона военного юриста т. Л-га комиссии врачей Н-ского военного госпиталя в составе начальника хирургического отделения военврача 2-го ранга К-ва Д. П.; ординатора этого же отделения военврача 3-го ранга П-го М. Д. и военврача 3-го ранга Б-ва К. Л. в присутствии военследователя военюрлста т. Л-ча освидетельствовала кр-ца М-ва Харитона Степановича, 1910 года рождения, для установления характера и степени тяжести полученного им огнестрельного ранения. Военным следователем поставлены на разрешение комиссии экспертов следующие вопросы:

1. На каком расстоянии был произведен выстрел, которым М-ов был ранен в ногу?
2. В каком направлении был произведен выстрел?
3. Какова тяжесть полученного М-вым повреждении?
4. Годен или не годен М-ов в дальнейшем к военной службе?

Обстоятельства дела. Из предъявленных военным следователем т. Л-чем материалов дела усматривается, что кр-ц М-ов 11 апреля 1941 г., находясь на посту, задремал и выронил винтовку в грязь. Подняв винтовку, М-ов, держа ее прикладом вверх, стал очищать магазинную коробку от грязи, и в этот момент произошел выстрел, которым М-ов был ранен в ногу. Все это подтвердил комиссии и сам М-ов. М-ов был тут же доставлен в госпиталь, где при осмотре обнаружено сквозное огнестрельное ранение левого голеностопного сустава и стопы. На месте происшествия была обнаружена винтовка № 571 с отомкнутым штыком. Затвор винтовки был закрыт, курок опущен. При открывании затвора выпала стреляная гильза, а в магазинной коробке обнаружено 3 боевых патрона. В протоколе осмотра ботинка М-ва военным следователем 17 марта 1941 г. отмечено следующее: «На правой стороне ботинка на расстоянии 2 см от верхнего, края ботинка и на 5 см от правого края застежки имеется крестообразный разрыв размерами 6×2 см. Края этого отверстия бурого цвета, особенно в верхней части. С левой стороны ботинка, между каблуком и подметкой, на краю подошвы имеется второе отверстие звездообразной формы размерами 3×2 см. Края этого отверстия вывернуты наружу и имеют следы крови...»

Объективные данные. На левой голени в области внутренней лодыжки имеется округлой формы рана диаметром 0,5 см с буроватой каемкой шириною 2 см вокруг. Из раны выделяется кровянистая жидкость. В окружности этой раны поясом шириною до 3 см кожа запачкана сероватым налетом. По наружному краю левой стопы, на границе задней и средней третей ее, имеется другое огнестрельное ранение, размерами 2,5×5 см, с рваными, несколько вывороченными краями. Из раны выделяется кровь. При сближении краев этой раны дефект в коже полностью закрывается. На подошвенной и тыльной поверхностях левой стопы разлитая припухлость. На рентгенограмме левой стопы определяется разрушение пяточной кости по нижней ее поверхности. Обломки кости лежат свободно на мягких тканях. Активные движения в голеностопном суставе и пальцев стопы возможны.

Председатель комиссии (подпись)

Члены (подписи)

Военный следователь (подпись)

Заключение

Комиссия, отвечая на поставленные следствием вопросы, приходит к следующему заключению:

1. У кр-ца М-ва обнаружено сквозное огнестрельное ранение левой стопы. На основании характера повреждения кожного ботинка в области входного отверстия и внешнего вида входного отверстия в области голеностопного сустава следует заключить, что выстрел был произ-

веден в упор, т.е. из оружия, приставленного вплотную дульным срезом к ботинку, что противоречит утверждению М-ва, что он держал винтовку на весу.

2. Входное отверстие расположено на внутренней поверхности левого голеностопного сустава, выходное отверстие — в области наружного края левой стопы. Направление выстрела — справа, изнутри и сверху вниз налево и кнаружи.

3. Обнаруженное у М-ва повреждение по своей тяжести относится к разряду легких, повлекших за собою расстройство здоровья.

4. Вопрос о степени годности М-ва к военной службе может быть разрешен после окончания лечения.

ИЗВЛЕЧЕНИЯ ИЗ УГОЛОВНОГО КОДЕКСА РСФСР, УГОЛОВНО ПРОЦЕССУАЛЬНОГО КОДЕКСА РСФСР И ИЗ ПОЛОЖЕНИЯ О СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ НАРКОМЗДРАВА

КВАЛИФИКАЦИЯ ПРЕСТУПЛЕНИЯ

Ст. 193^{10а} УК

Уклонение от призыва по мобилизации в ряды Рабоче-Крестьянской Красной Армии и от дальнейших призывов для укомплектования Рабоче-Крестьянской Красной Армии в составе военного времени влечет за собой —

лишение свободы на срок не ниже одного года, а для лиц начальствующего состава — не ниже двух лет, с конфискацией всего или части имущества, с повышением при особо отягчающих обстоятельствах до высшей меры социальной защиты — расстрела с конфискацией имущества.

Ст. 193¹² УК

а) Уклонение военнослужащего от несения обязанностей военной службы путем причинения себе какого-либо повреждения или путем симуляции болезни, подлога документов или иного обмана — карается лишением свободы на срок до пяти лет.

б) То же преступление при наличии отягчающих обстоятельств карается лишением свободы на срок не ниже трех лет.

в) То же преступление, совершенное в военное время или в боевой обстановке, карается высшей мерой уголовного наказания — расстрелом с конфискацией всего имущества.

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ О ПОРЯДКЕ ПРОИЗВОДСТВА ЭКСПЕРТИЗЫ

Ст. 63 УПК

Эксперты вызываются в случае, когда при расследовании или при рассмотрении дела необходимы специальные познания в науке, искусстве или ремесле.

Примечание 1. Вызов экспертов обязателен для установления причин смерти и характера телесных повреждений, а также для определения психического состояния обвиняемого или свидетеля в тех случаях, когда у суда или у следователя по этому поводу возникают сомнения.

Примечание 2. Порядок вызова и дачи экспертизы определяется в этих случаях особой инструкцией, издаваемой Народным комиссаром юстиции по соглашению с Народным комиссаром здравоохранения.

Ст. 112 УПК

Следователь направляет предварительное следствие руководствуясь обстоятельствами дела, в сторону наиболее полного и всестороннего рассмотрения дела. Следователь не вправе отказать обвиняемому или потерпевшему в допросе свидетелей и экспертов и собрании других доказательств, если обстоятельства, об установлении которых они ходатайствуют, могут иметь значение для дела.

Ст. 162 УПК

Свидетели и эксперты допрашиваются на месте производства следствия, для чего вызываются к следователю. Вызов производится порядком, указанным в ст. 130 Уголовно-процессуального кодекса.

Следователь вправе, если признает более удобным, произвести допрос в месте нахождения свидетелей и экспертов.

Ст. 169 УПК

При вызове экспертов число их определяетследователь. В случае требования обвиняемого, следователь, помимо избранных им экспертов, может вызвать и эксперта, указанного обвиняемым; отказ в таком вызове может последовать, если следователь признает, что вызов указанного эксперта невозможен или же грозит затянуть предварительное следствие.

Ст. 172 УПК

Если имеется несколько экспертов, то им ранее дачи заключения должна быть дана возможность, в случае их о том требовании, совещаться между собой.

Ст. 173 УПК

Если эксперты пришли к единогласному выводу, то результаты экспертизы могут быть изложены одним из экспертов по их выбору; в случае же разногласия между экспертами, должны быть изложены каждым из экспертов его выводы. По окончании экспертизы составляется протокол, причем соблюдаются правила ст. 168 Уголовно-процессуального кодекса.

Ст. 174 УПК

В случае признания следователем экспертизы недостаточно ясной или неполной, следователь вправе по собственной инициативе или по ходатайству обвиняемого назначить по мотивированному своему постановлению производство новой экспертизы, причем для производства медицинской экспертизы требование о новых экспертах направляется в соответствующие губернские или уездные органы Народного комиссариата здравоохранения.

Ст. 193 УПК

Для осмотра и вскрытия трупов, для освидетельствования потерпевшего и обвиняемого и в других случаях, где требуется медицинская экспертиза, следователь приглашает судебно-медицинских экспертов через губернские отделы здравоохранения.

В случае затруднительности такого вызова вызывается ближайший врач.

Ст. 202 УПК

Предварительное расследование приостанавливается: а) в случае неизвестности пребывания подследственного и б) в случае его психического расстройства или иного удостоверенного врачом, состоящим на государственной службе, тяжелого болезненного состояния.

Расследование приостанавливается только в тех случаях, когда им добыты данные для предъявления обвинения. Если же такие данные не добыты, дело не приостанавливается, а прекращается.

Производящий расследование составляет постановление с описанием сущности дела и обстоятельств, влекущих приостановление расследования.

Ст. 203 УПК

Расследование приостанавливается по пункту «а» ст. 202 по истечении срока на его производство (ст.ст. 105 и 116). В течение, этого срока производящий расследование обязан принимать меры к розыску подследственного.

Расследование приостанавливается по пункту «б» ст. 202 до выздоровления подследственного. В случае же призвания подследственного психически больным или неизлечимым дело направляется в суд для применения мер социальной защиты медицинского характера или прекращается. При приостановлении расследования по пункту «б» ст. 202 производящий его вправе вынести постановление о помещении подследственного в соответствующее лечебное заведение для установления его болезни.

Ст. 239 УПК

Вопросы о допущении и назначении защиты, о вызове свидетелей и экспертов в судебное заседание, ходатайства сторон после поступления дела в суд, а также вопрос об оплате экспертизы и судебных издержек в случаях прекращения дела до суда разрешаются окончательно председательствующим по делу единолично.

Ст. 253 УПК

Стороны, заявляя ходатайство о вызове свидетелей и экспертов и об истребовании других доказательств, должны указать, в разъяснение каких обстоятельств вызываются свидетели и эксперты и требуются другие доказательства. Ходатайства сторон должны быть удовлетворены, если обстоятельства, подлежащие выяснению, могут иметь значение для дела (ст. 113 Уголовно-

процессуального кодекса). В тех случаях, когда ходатайство стороны будет отклонено, основания отказа должны быть изложены в мотивированном определении суда.

Ст. 254 УПК

Народный суд, признав, что обстоятельства, о разъяснении которых ходатайствуют стороны, могут иметь значение для дела, не вправе отказать в вызове свидетелей и экспертов и в истребовании других доказательств для выяснения данных обстоятельств.

Ст. 255 УПК

По делам, по которым не производилось предварительное следствие или дознание и не состоялось предание суду прокурором (ст. 221 Уголовно-процессуального кодекса), народный судья вправе, ранее назначения дела к слушанию, вызвать обвиняемого и разъяснить ему сущности предъявляемого обвинения, спросить обвиняемого, ходатайствует ли он о вызове свидетелей и экспертов и об истребовании других доказательств.

Опрос обвиняемого и сделанные им заявления заносятся в протокол. Ходатайства, заявленные обвиняемым, рассматриваются и разрешаются порядком, указанным в ст.ст. 253 и 254 Уголовно-процессуального кодекса.

Ст. 272 УПК

После разрешения вопроса о возможности слушать дело в отсутствие неявившихся свидетелей и экспертов, суд опрашивает стороны об имеющихся у них ходатайствах о вызове новых свидетелей и экспертов, кроме тех, которые уже вызваны в судебное заседание, и об истребовании других доказательств или о приобщении таких доказательств, имеющихся на руках у сторон.

Стороны, заявляя такие ходатайства, обязаны указать, в разъяснение каких обстоятельств вызываются новые свидетели и эксперты и истребуются новые доказательства. Ходатайства эти разрешаются судом, согласно правилам ст.ст. 253 и 254 Уголовно-процессуального кодекса, причем предварительно должны быть заслушаны заключения противной стороны. Разрешение заявленных сторонами на основании настоящей статьи ходатайств не ограничивает прав сторон на заявление тех или иных ходатайств во все время судебного следствия в зависимости от хода его.

Ст. 273 УПК

В тех случаях, когда вызов новых свидетелей и экспертов или истребование других доказательств будет признано судом необходимым, суд вправе либо отложить дело слушанием, либо предоставить сторонам право без перерыва слушания дела доставить свидетелей и экспертов и представить другие доказательства средствами сторон.

Разрешение ходатайств, заявленных сторонами, а равно и разрешение вопроса об отложении дела или о слушании его разрешается судом независимо от того, заявлены ли эти ходатайства впервые в судебном заседании или ранее того, а также независимо от того, были ли эти ходатайства ранее уже отклонены в распорядительном заседании.

Ст. 298 УПК

Допрос экспертов производится с соблюдением правил, изложенных в ст.ст. 171–173 Уголовно-процессуального кодекса.

Заключение, данное экспертами, после его устного изложения, должно быть представлено затем экспертами в письменном виде и приобщено к делу.

Заключение экспертов для суда необязательно, однако несогласие суда с экспертизой должно быть им подробно мотивировано в приговоре или особом определении.

Ст. 322 УПК

Если судом будет признано, что подсудимый во время совершения приписываемого ему деяния находился в невменяемом состоянии, то суд выносит определение о прекращении дела, причем входит в обсуждение вопроса о необходимости принятия по отношению к подсудимому мер социальной защиты.

Если судом будет признано, что подсудимый впал в болезненное расстройство душевной деятельности после совершения приписываемого ему деяния, то суд выносит определение о приостановлении дела впредь до выздоровления подсудимого или о прекращении дела производством, если болезнь признана неизлечимой.

Ст. 457 УПК

Если лицо, отбывающее наказание в виде лишения свободы, помещено было в лечебное заведение ввиду психической или иной болезни, то время, проведенное осужденным в лечебном заведении, засчитывается в срок наказания. Заключение, заболевшие душевной болезнью или тяжелым неизлечимым недугом, согласно заключению о том врачебной комиссии, подлежат суждению суда, вынесшего приговор, на предмет определения, применительно к ст. 196 Уголовно-процессуального кодекса*, о переводе их в специальные психиатрические или иные больницы или об их освобождении.

ЗНАЧЕНИЕ ЗАКЛЮЧЕНИЯ ЭКСПЕРТИЗЫ ДЛЯ СУДЕБНО-СЛЕДСТВЕННЫХ ОРГАНОВ

Ст. 58 УПК

Доказательствами являются показания свидетелей, заключения экспертов, вещественные доказательства, протоколы осмотров и иные письменные документы и личные объяснения обвиняемого.

Ст. 114 УПК

В случае отказа в ходатайстве, возбужденном обвиняемым или потерпевшим о производстве следственного действия или об установлении какого-либо обстоятельства, следователем должно быть составляемо мотивированное постановление с указанием основания отказа.

Ст. 300 УПК

В случае признания экспертизы недостаточно ясной или неполной, а также в случае разногласия между экспертами, суд по собственной инициативе или по ходатайству кого-либо из сторон может назначить производство новой экспертизы, пригласив для того новых экспертов, причем для медицинской экспертизы запрос направляется в губернский отдел здравоохранения. При этом в случае надобности дело может быть отложено слушанием.

Ст. 319 УПК

Суд основывает свой приговор, исключительно на имеющихся в деле данных, рассмотренных в судебном заседании.

Оценка имеющихся в деле доказательств производится судьями по их внутреннему убеждению, основанному на рассмотрении всех обстоятельств дела в их совокупности.

Ст. 321 УПК

В тех случаях, когда во время предварительного и судебного следствия возникал вопрос о вменяемости подсудимого, суд сверх того обязан при постановке приговора поставить на свое разрешение вопрос о вменяемости подсудимого, хотя бы вопрос этот в распорядительном заседании суда был уже однажды разрешен в порядке главы XVI Уголовного процессуального кодекса*.

ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ЭКСПЕРТОВ

Из Положения о судебно-медицинской экспертизе НКЗ (1934 г.)

20. Судебно-медицинским экспертом может быть только лицо, имеющее звание врача, по утверждению в этой должности в установленном порядке. В случае отсутствия судебно-медицинского эксперта, обязанности его могут быть возложены на состоящего на государственной службе и не заинтересованного в результате экспертизы ближайшего к месту происшествия врача в порядке действия ст. 193 УПК РСФСР. Категорически воспрещается производство каких бы то ни было судебно-медицинских исследований (живых лиц, вещественных доказательств и пр.) лекарским помощникам или другим лицам медперсонала, кроме врачей.

21. Судебно-медицинский эксперт имеет право (с разрешения следственных органов) знакомиться с обстоятельствами дела, выяснение которых, ему необходимо для дачи заключения.

Если судебно-медицинский эксперт находит, что представленные ему материалы недостаточны для заключения, он заявляет о невозможности дать заключение и указывает, какие именно материалы или документы, дополнительные исследования и расследования, опросы тех или дру-

* Слова «применительно к ст. 196 УПК» утратили значение в связи с отменой гл. XVI УПК.

* Слова «в порядке главы XVI УПК» утратили значение в связи с отменой главы.

гих лиц (обвиняемых, потерпевших, свидетелей, сведущих лиц и др.) ему необходимы для выполнения экспертизы.

В случае непредставления эксперту просимых им материалов, он составляет акт, подробно объясняя в нем мотивы отказа от дачи заключения.

22. Судебно-медицинский эксперт, приглашенный в суд, имеет право знакомиться с подлинным делом и выписывать из него все необходимые ему сведения и в связи с судебно-медицинской экспертизой предлагать вопросы потерпевшим, обвиняемым и свидетелям.

23. В тех случаях, когда судебно-медицинский эксперт не может ответить на поставленные ему при экспертизе вопросы, он обязан по этому поводу дать мотивированное объяснение (заключение).

24. В случае неправильного истолкования одной из сторон в судебном заседании данного экспертом заключения, судебно-медицинскому эксперту вменяется в обязанность немедленно, независимо от стадии судебного процесса, заявить суду на усмотрение о факте неправильного истолкования заключения эксперта.

25. Судебно-медицинский эксперт имеет право требовать от заинтересованных в экспертизе учреждений или лиц, чтобы ему была точно выяснена цель экспертизы и чтобы были предложены определенные и конкретные вопросы, по которым надлежит дать заключение.

При этом эксперт имеет право просить об уточнении и разъяснении редакции предложенных ему вопросов и может отказаться от ответов на вопросы, выходящие за пределы его знаний.

26. Судебно-медицинский эксперт обязан в порядке личной инициативы обращать внимание судебно-следственных органов на обстоятельства и факты, имеющие значение для расследования и судебного разбирательства.

28. В случае сложности экспертизы и необходимости выяснения ряда специальных вопросов, судебно-медицинский эксперт вправе требовать приглашения для участия в ней соответствующих специалистов, как медицинских, так и других, и высказывать свое заключение по совещании с ними.

29. Судебно-медицинский эксперт и другие лица, привлеченные к производству судебно-медицинской экспертизы, не имеют права разглашать известные им следственные материалы по делу и данные, полученные ими при судебно-медицинской экспертизе, и обязаны сообщать их исключительно учреждениям и лицам, имеющим право на получение указанных данных. За нарушение этого несут ответственность по ст. 96 УК РСФСР.

Ст. 48 УПК

Правила, изложенные в ст.ст. 43 и 45 Уголовно-процессуального кодекса* относятся к секретарю судебного заседания, переводчикам и экспертам, причем в отношении последних с тем ограничением, что предыдущее их участие в деле в том же качестве экспертов и переводчиков не может служить основанием к отводу. Отвод разрешается судом, рассматривающим данное дело.

Ст. 64 УПК

Лицо, вызываемое в качестве эксперта, обязано явиться и участвовать в осмотрах и освидетельствованиях и давать заключения. В случае неявки без уважительных причин, а также в случае отказа без законных оснований от исполнения своих обязанностей, к экспертам применяются такие же меры, что и в отношении свидетелей (ст.ст. 60 и 62 Уголовно-процессуального кодекса).

Ст. 65 УПК

Свидетели и эксперты имеют право на возмещение понесенных ими расходов по явке и на вознаграждение за отвлечение от обычных занятий; эксперты имеют право и на вознаграждение за выполнение ими своих обязанностей. Размеры сумм, подлежащие уплате свидетелям и экспертам, определяются особыми инструкциями Народного комиссариата юстиции.

Ст. 88 УПК

Судебные издержки состоят:

1. из сумм, выданных свидетелям, экспертам, переводчикам;
2. из сумм, израсходованных на хранение, пересылку и исследование вещественных доказательств;
3. из иных понесенных судом по производству данного дела непредвиденных расходов.

* Ст.ст. 43 и 45 говорят о недопустимости участия судьи в судебном разбирательстве при определенных обстоятельствах.

Ст. 170 УПК

Перед допросом экспертов следователь удостоверяется в их самоличности и предупреждает о необходимости давать заключение, строго согласное с обстоятельствами дела и данными тех специальных знаний, для которых вызван эксперт; при этом следователь предупреждает об ответственности за отказ от дачи заключения и за дачу ложного заключения.

Ст. 171 УПК

Следователь излагает эксперту те пункты, по которым должно быть дано заключение. Обвиняемый вправе представить в письменном виде те вопросы, по которым экспертом должно быть дано заключение.

Эксперт имеет право, с разрешения следователя, знакомиться с теми обстоятельствами дела, уяснение которых необходимо ему для дачи заключения.

Примечание. Если эксперт находит, что представленные ему следователем материалы недостаточны для дачи заключения, он составляет акт о невозможности дать заключение. В этих случаях пределы материалов предварительного следствия, должностяующих быть представленными эксперту; разрешаются прокурором или судом, которому подсудно данное дело.

Ст. 212 УПК

Стороны, свидетели, эксперты, переводчики, понятые, поручители, залогодатели за обвиняемого и другие лица могут приносить жалобы на действия следователя, нарушающие или стесняющие их права.

Жалобы подаются прокурору того района и суда, где следователь состоит.

Ст. 220 УПК

Вынесенное прокурором по жалобе определение объявляется жалобщику и немедленно приводится в исполнение. В случае несогласия следователя или жалобщика с постановлением прокурора — последнее может быть обжаловано им в губернский суд.

Ст. 250 УПК

Народный суд назначает день слушания дела, делает распоряжение о вызове в судебное заседание сторон и представителей их интересов свидетелей, экспертов. По делам, где участие защитника является обязательным, народный судья принимает меры к назначению защитника через подлежащие учреждения, если подсудимым не избран защитник по соглашению.

Ст. 271 УПК

По установлении наличности сторон и представителей их интересов, председатель выясняет, кто из вызывавшихся свидетелей и экспертов явился в судебное заседание и каковы причины неявки отсутствующих.

Если не все вызывавшиеся свидетели и эксперты окажутся налицо, суд заслушивает объяснения сторон о возможности слушать дело и выносит определение о продолжении дела слушанием или об отложении дела.

Ст. 275 УПК

Явившиеся в судебное заседание эксперты остаются в зале заседания, кроме тех случаев, когда суд по собственной инициативе или по ходатайству кого-либо из сторон признает необходимым удалить эксперта из зала заседания.

Ст. 343 УПК

Свидетели, эксперты и переводчики, подвергшиеся по определению народного суда взысканию за неявку, представляют свои ходатайства об освобождении от взыскания и объяснения причин неявки в тот же народный суд. Ходатайства эти рассматриваются судом в распорядительном заседании; определение, вынесенное судом, является окончательным и обжалованию не подлежит.

Ч. 2 ст. 92 УК

Уклонение эксперта, переводчика или понятого от явки по вызову тех же органов* или отказ от исполнения обязанностей, а равно воспрепятствование явке к исполнению обязанностей народного заседателя лицом, от которого неявившийся является материально или по службе зависимым, — штраф до пятидесяти рублей.

* В ч. 1 ст. 92 говорится об органах дознания, следствия и судебных органах.

Ст. 95 УК

Заведомо ложный донос органу судебно-следственной власти или иным имеющим право возбуждать уголовное преследование должностным лицам, а равно заведомо ложное показание, данное свидетелем, экспертом или переводчиком при производстве дознания, следствии или судебного разбирательства по делу, —

лишение свободы или исправительно-трудовые работы на срок до трех месяцев.

Заведомо ложный донос или показание, соединенные: а) с обвинением в тяжком преступлении, б) с корыстными мотивами и в) с искусственным созданием доказательств обвинения — лишение свободы на срок до двух лет.

Ст. 96 УК

Оглашение данных предварительного следствия, дознания или ревизионного обследования без разрешения прокурора, следователя или производившего дознание или ревизию должностного лица — лишение свободы на срок до шести месяцев или штраф до пятисот рублей.

МЕРЫ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ СУДЕБНО-ИСПРАВИТЕЛЬНОГО И МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА

Ст. 11 УК

Меры социальной защиты судебно-исправительного характера не могут быть применяемы в отношении лиц, совершивших преступления в состоянии хронической душевной болезни, или временного расстройства душевной деятельности, или в ином болезненном состоянии, если эти лица не могли отдавать себе отчета в своих действиях или руководить ими, а равно и в отношении тех лиц, которые хотя и действовали в состоянии душевного равновесия, но к моменту вынесения приговора заболели душевной болезнью.

К этим лицам могут быть применяемы лишь меры социальной защиты медицинского характера.

Примечание. Действие настоящей статьи не распространяется на лиц, совершивших преступление в состоянии опьянения.

Ст. 24 УК

Мерами социальной защиты медицинского характера являются: а) принудительное лечение; б) помещение в лечебное заведение в соединении с изоляцией.

Ст. 26 УК

Меры социальной защиты медико-педагогического и медицинского характера могут быть применены судом, если он признает не соответствующим данному случаю применение мер социальной защиты судебно-исправительного характера, а равно и в дополнение к последним, если притом меры социальной защиты медико-педагогического и медицинского характера не были применены соответствующими органами до судебного разбирательства.

УТВЕРЖДАЮ.
Нарком внутренних дел СССР
Л. Берия

УТВЕРЖДАЮ.
Прокурор СССР
М. Панкратьев

УТВЕРЖДАЮ.
Зам. Наркома юстиции СССР
Дрынишев

УТВЕРЖДАЮ.
Нарком здравоохранения СССР Г. Митерев

17 февраля 1940 г.

ИНСТРУКЦИЯ О ПРОИЗВОДСТВЕ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В СССР

Глава I Общие положения

1. Основными задачами судебно-психиатрической экспертизы являются:

- а) определение психического состояния и заключение о вменяемости лиц, задержанных или привлекаемые к уголовной ответственности и вызывающих у следственных органов и суда сомнение в их душевном здоровье, и дача заключения о необходимых медицинских мерах в отношении этих лиц;
- б) определение психического состояния лиц, обнаруживших признаки душевного расстройства в период отбывания наказания, и дача заключения о необходимых медицинских мерах в отношении этих лиц;
- в) определение в необходимых случаях психического состояния потерпевших и свидетелей.

2. Судебно-психиатрическая экспертиза находится в ведении органов здравоохранения.

Оперативное руководство судебно-психиатрической экспертизой осуществляется народными комиссариатами здравоохранения союзных и автономных республик и краевыми, областными и городскими отделами здравоохранения через республиканских, краевых, областных и городских психиатров.

Методическое и научное руководство судебно-психиатрической экспертизой осуществляется Наркомздравом СССР через Научно-исследовательский институт судебной психиатрии им. проф. Сербского.

3. При проведении судебно-психиатрической экспертизы психиатрические учреждения (больницы, диспансеры, поликлиники) и отдельные врачи руководствуются соответствующими статьями Уголовного и Уголовно-процессуального кодексов, а также междуведомственными и издаваемыми Наркомздравом СССР инструкциями и приказами.

4. Судебно-психиатрическая экспертиза производится по предложению органов расследования, по определению суда и по требованию администрации мест лишения свободы.

Примечание. При судебно-психиатрическом освидетельствовании лиц, направленных на освидетельствование или экспертизу органами НКВД (и милиции), разрешается участие врача Санотдела НКВД, а также представителя органа, ведущего следствие.

5. Судебно-психиатрическая экспертиза может проводиться стационарно, амбулаторно, на суде и в камере следователя, а в исключительных случаях, в отсутствие испытуемого заочно по материалам дела.

6. Судебно-психиатрическое заключение о состоянии душевного здоровья и вменяемости дается на основании психиатрического исследования испытуемого, изучения материалов уголовного дела и сведений из прошлой жизни испытуемого, документов и справок о перенесенных в прошлом заболеваниях.

7. Все медицинские учреждения (больницы, клиники, диспансеры, районные психиатры и др.) обязаны представлять судебно-психиатрической экспертизе необходимые для нее материалы об испытуемом (истории болезни, справки, анализы и пр.).

8. Судебно-психиатрическое заключение оформляется в виде акта. Акт судебно-психиатрической экспертизы состоит из следующих частей: 1) введения, содержащего указания на время и место производства экспертизы, состава экспертной комиссии, фамилии, имени, отчества

и возраста испытуемого, краткое содержание уголовного дела с указанием статьи Уголовного кодекса, кем направлен испытуемый на экспертизу и по какому поводу; 2) сведений о прошлой жизни с указанием, от кого они получены, сведений о прошлых заболеваниях со ссылкой на документы, подтверждающие эти данные, и истории настоящего заболевания; 3) подробного описания физического, неврологического и психического состояния испытуемого в период экспертизы и данных специальных лабораторных исследований; 4) заключительной части акта, содержащей ответы на все поставленные судебно-следственными органами вопросы, диагноз психического заболевания, если таковое имеется, оценку психического состояния испытуемого в момент совершения преступления и в период испытания и связанное с этим решение вопроса о вменяемости, а также указание необходимых медицинских мер в отношении лиц, признанных душевнобольными.

9. Судебно-психиатрический акт подписывается всеми членами комиссии, которые несут за его содержание равную ответственность. В случае несогласия одного из экспертов с заключением комиссии он имеет право представить особое мнение, прилагаемое к акту экспертизы.

10. В случаях признания экспертизы недостаточно ясной или неполной, а также в случаях разногласия между экспертами, органы расследования или суда обращаются с предложением организовать повторную экспертизу в органы здравоохранения. Последние организуют новую экспертную комиссию через республиканского, краевого, областного или городского психиатра, привлекая наиболее квалифицированных психиатров или направляя испытуемых в специальные судебно-психиатрические учреждения, судебно-психиатрические отделения психиатрических больниц, а в особо сложных случаях — в Институт судебной психиатрии Наркомздрава СССР им. проф. Сербского.

11. Все дела, истории болезни, копии актов, отчеты и переписка по вопросам судебно-психиатрической экспертизы выделяются в особое делопроизводство.

Глава II

Права и обязанности судебно-психиатрических экспертов

12. Судебно-психиатрическим экспертом может быть только лицо, имеющее звание врача и психиатрическую подготовку.

13. На врачей-психиатров, проводящих судебно-психиатрическую экспертизу, распространяются положения о правах и обязанностях экспертов, предусмотренные Уголовно-процессуальным кодексом.

14. Судебно-психиатрический эксперт имеет право с разрешения следственных органов знакомиться с обстоятельствами дела, уяснение которых необходимо ему для производства экспертизы. В процессе судебного следствия эксперт имеет право задавать вопросы потерпевшим, обвиняемым и свидетелям.

В случаях, когда представленные ему материалы недостаточны для заключения, он заявляет о невозможности дать заключение и указывает, какие именно материалы или документы, дополнительные исследования и расследования, опросы тех или других лиц (обвиняемых, потерпевших, свидетелей) ему необходимы для производства экспертизы.

В случае непредставления эксперту просимых им данных он составляет акт, подробно объясняя в нем мотивы отказа от дачи заключения.

15. В тех случаях, когда судебно-психиатрический эксперт не может, ответить на поставленные ему при экспертизе вопросы, он обязан по этому поводу дать мотивированное объяснение.

16. Судебно-психиатрический эксперт не имеет права разглашать известные ему следственные материалы по делу и данные, полученные им при судебно-психиатрической экспертизе, и сообщает их только следственным и судебным органам по их требованию.

За разглашение следственных материалов и данных экспертизы эксперт несет ответственность по соответствующим статьям Уголовного кодекса.

17. Судебно-психиатрические эксперты ведут по установленной форме учет произведенных ими экспертиз, составляют отчет по установленной форме и направляют его в соответствующие органы здравоохранения (республиканскому, краевому, областному или городскому психиатру).

Глава III

Амбулаторная экспертиза

18. Амбулаторная экспертиза проводится постоянными судебно-психиатрическими амбулаторными комиссиями, которые организуются местными органами здравоохранения.

19. Амбулаторная комиссия организуется при местной психиатрической больнице или при одном из местных медицинских учреждений (диспансере, поликлинике и т.п.).

20. Амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза производится комиссией в составе трех врачей-психиатров: председателя и двух членов комиссии, из которых один является докладчиком. Персональный состав комиссии назначается местным здравотделом по представлению республиканского, краевого, областного или городского психиатра.

Примечание. В тех местностях, где комиссия в составе трех психиатров не может быть создана, допускается комиссия в составе двух врачей-психиатров, а в исключительных случаях амбулаторная экспертиза может производиться одним врачом-психиатром.

21. На испытуемых, проходящих через амбулаторную экспертную комиссию, составляются амбулаторные истории болезни с занесением в них всех данных, обосновывающих заключение комиссии, и составляется акт экспертизы.

22. В случаях затруднений, возникающих у членов комиссии по вопросу о душевном здоровье и вменяемости испытуемого, амбулаторная комиссия дает заключение о необходимости проведения стационарного испытания.

Глава IV Стационарная экспертиза

23. Стационарная судебно-психиатрическая экспертиза производится в психиатрических институтах, клиниках и психиатрических больницах.

24. Испытуемые помещаются для экспертизы в специальные судебно-психиатрические отделения психиатрических больниц, а при отсутствии таковых — в специально отведенные по возможности изолированные палаты общих отделений больниц.

25. В учреждениях, проводящих стационарное испытание (п., 23), организуются стационарные экспертные комиссии. В психиатрических клиниках и больницах экспертные комиссии образуются в составе не менее трех лиц: 1) председателя — главного врача или заведующего медицинской частью больницы, 2) постоянного члена комиссии — заведующего судебно-психиатрическим отделением или другого врача больницы из числа имеющих специальную судебно-психиатрическую подготовку, 3) врача-докладчика, проводившего постоянное наблюдение за испытуемым.

В психиатрических институтах экспертные комиссии образуются на основании положений об этих институтах.

Акт комиссии утверждается руководителем учреждения.

26. Срок стационарного испытания не должен превышать тридцати дней.

В случаях невозможности вынести окончательное заключение о душевном здоровье и вменяемости в указанный срок стационарная экспертная комиссия выносит мотивированное решение о необходимости продления срока испытания.

Глава V Экспертиза на суде, в камере следователя и в местах лишения свободы

27. Судебно-психиатрическая экспертиза в камере следователя, на суде и в местах лишения свободы может производиться врачом-психиатром единолично или комиссией из нескольких врачей-психиатров, вызываемых судом, следователем или администрацией места лишения свободы.

28. В случае возникновения в камере следователя, на суде или в месте лишения свободы затруднений при решении вопроса о душевном здоровье и вменяемости испытуемого врач-эксперт может дать заключение о необходимости производства экспертизы в комиссии или о направлении испытуемого на стационарную экспертизу.

29. Врачи, проводящие судебно-психиатрическую экспертизу в камере следователя, на суде и в местах лишения свободы, обязаны отчитываться в своей работе перед соответствующими органами здравоохранения.

16 апреля 1940 г.

ИНСТРУКЦИЯ

ПО СОСТАВЛЕНИЮ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ И АКТА СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

1. История болезни

Документация материалов судебно-психиатрической экспертизы является чрезвычайно ответственным разделом экспертизы. Судебно-психиатрическая история болезни есть официальный документ, который нередко приобщается следственному или судебному делу и должен содержать в себе все данные, на основании которых дается судебно-психиатрическое заключение. Поэтому судебно-психиатрическая история болезни должна не только отвечать клиническим и научным требованиям, но и удовлетворять требованиям, предъявляемым судебно-следственными органами.

Практика судебно-психиатрической экспертизы, показала, что типовая форма истории болезни, принятая для психиатрических больниц, не может полностью отобразить судебно-психиатрические особенности, которые определяются двумя моментами: 1) необходимостью разрешить вопрос о вменяемости, т.е. определить состояние подэкспертного не только в период исследования, но и в момент совершения преступления, и 2) сравнительной частотой реактивных включений и аггравационных и даже симулятивных тенденций, проявляющихся как в поведении испытуемых, так и в характере сообщаемых ими сведений.

Учитывая указанные моменты, врач-эксперт не может ограничиваться собиранием анамнестических сведений со слов испытуемого и его родственников, а обязан проверить эти сведения объективными материалами. Все полученные объективные материалы должны найти отражение в истории болезни.

Судебно-психиатрическая история болезни должна состоять из следующих разделов:

1. Лицевая сторона истории болезни

Заполнение лицевой стороны истории болезни производится дежурным врачом при приеме испытуемого. Формальные сведения об испытуемом, заполняются по возможности на основании сопроводительных документов.

В связи с возможностью изменения психического состояния испытуемого (например при психогенных реакциях, делириях и т.п.) сведения о его физическом и психическом состоянии в момент поступления в больницу должны быть даны возможно полнее. В сведениях о физическом состоянии испытуемого обязательно должны быть особо отмечены следы ранения, повреждения, травмы, кожные заболевания, а также указана температура тела испытуемого.

2. Изложение судебного дела

Важнейший объективный материал для эксперта-психиатра дает судебное или следственное дело, которое нередко является даже единственным материалом, позволяющим судить о психическом состоянии испытуемого в период совершения преступления. В особенности это имеет место при оценке исключительных состояний. Поэтому в судебно-психиатрической истории болезни должно быть изложено содержание уголовного дела и в первую очередь должны быть отмечены все факты, характеризующие состояние испытуемого в период совершения преступления.

Примечание. Право эксперта знакомиться с судебным делом предусмотрено ст. 171 УПК РСФСР и соответствующими статьями уголовно-процессуальных кодексов других союзных республик и Инструкцией о производстве судебно-психиатрической экспертизы в СССР от 17 февраля 1940 года.

В тех случаях, когда следственное дело не может быть предоставлено врачу-эксперту для ознакомления (по мотивам следствия или потому, что материалы об испытуемом не могут быть выделены из дела, общего с другими привлекаемыми по делу лицами), врач-эксперт должен ознакомиться с теми обстоятельствами следственного дела, уяснение которых необходимо ему для

дачи заключения, путем личной беседы со следователем, ведущим расследование по делу испытуемого.

3. Анамнез

При оценке анамнестических сведений необходимо соблюдать осторожность. Эта осторожность особенно необходима при документации сведений, получаемых непосредственно от испытуемого. Внося в историю болезни какие бы то ни было сведения об испытуемом, врач обязан здесь же указать, откуда эти сведения им получены. В противном случае заведомо ложные сведения, сообщаемые испытуемым в защитных целях, будучи зафиксированы в истории болезни как имевшие место факты без указания на источник их получения, на последующих этапах экспертизы могут быть ошибочно приняты как проверенные данные.

Все сведения, сообщаемые испытуемым по поводу своего анамнеза (о перенесенных заболеваниях, травмах, пребываниях в психиатрических больницах и пр.), обязательно должны сопровождаться оговоркой о том, что сведения получены со слов самого испытуемого. В историю болезни они вносятся под общим заголовком «Субъективные сведения».

Для полного анамнеза испытуемого субъективных сведений, как правило, бывает недостаточно, и врач-эксперт должен их дополнить сведениями объективными. С этой целью необходимо затребовать выписки или копии истории болезни из лечебных учреждений, в которых испытуемый лечился, а также с разрешения судебно-следственных органов собрать сведения об испытуемом у членов его семьи и родственников, затребовать характеристику с места работы, произвести обследование на дому.

При собирании сведений следует требовать из лечебных учреждений копию истории болезни или подробную выписку из истории болезни, а не ограничиваться справкой о диагнозе. Судебно-психиатрическая практика знает немало случаев, когда испытуемые при возникновении судебного дела поступали в психиатрические больницы «профилактически». Скрыв истинные мотивы поступления в психиатрическую больницу, они в некоторых случаях вводили врачей в заблуждение и после кратковременного пребывания выписывались из больницы с определенным «диагнозом». Копия истории болезни в таких случаях позволяет лучше оценивать состояние испытуемого в период пребывания в больнице, чем справка о диагнозе. Все сведения, полученные объективным путем, вносятся в историю болезни под общим заголовком «Объективные сведения».

При составлении анамнеза необходимо отметить числящиеся в прошлом за испытуемым преступления, судимости, пребывания на испытании в психиатрических больницах, заключения экспертной комиссии и т.д.

Особенно полно должны быть изложены сведения о начале, и развитии предполагаемого заболевания, сведения о пройденном лечении (амбулаторном, стационарном).

Необходимо указать обстоятельства, послужившие основанием для направления на данную экспертизу.

4. Физическое состояние

В этом разделе истории болезни дается описание строения тела, состояния внутренних органов, неврологических данных, данных обследования эндокринной и вегетативной систем, лабораторных анализов, рентгеновского обследования и пр.

Ввиду возможных изменений, особенно при наличии реактивного состояния и установочного поведения, обследование физической и неврологической сферы у некоторых испытуемых должно проводиться повторно.

5. Психическое состояние

Первостепенная задача описания психического статуса испытуемого заключается в том, чтобы оно правильно отражало состояние испытуемого и давало достаточное основание для установления диагноза. При описании психического статуса следует избегать оценочных определений, а необходимо давать развернутое изложение фактов, характеризующих те или иные психические проявления испытуемого. Например, неубедительными являются записи такого рода: «интеллектуальные способности (суждение, критика, память и т.д.) значительно снижены»; «больной ежедневно высказывает разные жалобы ипохондрического характера»; «речь больного отличается вычурностью, временами появляется соскальзывание, непоследовательность»; «в жестах и в мимике отмечается манерность»; «больной жалуется на утрату чувства реального» и т.д.

Точно так же мало убедительно для диагностики указание на то, что больной высказывает бредовые идеи, галлюцинации. Необходимо точно описать, в чем они заключаются, в какой форме сообщаются, как относится больной к этим переживаниям, каковы индивидуальные особенности переживаемого.

Указание на аггравацию и симуляцию симптомов само по себе не решает вопроса о диагностике. Очень важно осветить вопрос о том, как аггравация и симуляция проявляются — в умелой, замаскированной или в обнаженной, грубой форме. Нужно иметь в виду, что непоследовательная, чрезмерно грубая аггравация нередко наблюдается у душевнобольных, у слабоумных. Поэтому не следует ограничиваться общими указаниями (например: «больной явно аггравирован», «имеются признаки псевдодеменции»). Должны быть освещены следовательно, все особенности, характеризующие форму аггравации и симуляции.

Больного не следует описывать, как это часто наблюдается, только со стороны патологических проявлений. Такое одностороннее освещение материала бывает недостаточно для суждения о личности испытуемого в целом и затрудняет дифференциальную диагностику.

В истории болезни большим диагностическим подспорьем является собственноручная продукция больного. Автобиография больного и описание им особенностей своего заболевания представляют собою ценный материал для диагностических целей.

Если при исследовании применялись психологические и другие экспериментальные методы, должен быть приложен их протокол.

6. Дневник

Дневник судебно-психиатрической истории болезни имеет некоторые отличия от общебольничных дневников.

Дневник судебно-психиатрической истории болезни должен особо отмечать изменения в поведении испытуемого в присутствии или в отсутствие врача, наличие у испытуемого элементов аггравации, целевого поведения, его взаимоотношений с другими испытуемыми, поведение при свидании с родственниками, на работе в мастерских, его отношение к пребыванию на испытании, к проводимому лечению, к судебному делу, реакция на экспертную комиссию и т.п. Особое внимание следует обращать на описание в дневнике характера припадков, преходящих состояний возбуждения, попыток на самоубийство, на самоповреждение, отказов от пищи.

Поэтому материалы и сведения для дневника испытуемого не могут быть ограничены лишь наблюдениями самого ведущего врача, но должны учитываться и те сведения, которые наблюдающий врач получает от дежурного персонала, среднего и младшего.

Дневник судебно-психиатрических историй болезни, как правило, до прохождения экспертной комиссии должен вестись ежедневно.

II. Акт судебно-психиатрической экспертизы

Судебно-психиатрическое заключение (акт), являясь одним из видов доказательств в судебном деле (ст. 58 УПК РСФСР и соответствующие статьи уголовно-процессуальных кодексов других союзных республик), имеет очень большое значение при решении вопроса о вменяемости или невменяемости того или иного подсудимого. Судебно-психиатрический акт, недостаточно аргументированный и не отвечающий четко на поставленные судом вопросы, может дать основания для несогласия с ним суда. Поэтому судебно-психиатрическое заключение (акт) должно в концентрированной, сжатой форме содержать все данные, необходимые для решения вопроса о психическом состоянии и вменяемости или невменяемости испытуемого.

Из сказанного следует, что при составлении акта необходимо руководствоваться следующими положениями:

1. Акт должен быть понятным и, учитывая, что он направляется в судебно-следственные органы, не должен содержать терминологии, затрудняющей его понимание. В отдельных случаях специальные термины должны переводиться на русский язык (например: инфантилизм — детскость, незрелость; экзофтальмус — пучеглазие; анизокория — неравномерность зрачков; тремор — дрожание).

2. Следует избегать в акте оценочных определений терминов (например: «аутичен», «нетивистичен», «амбивалентен» и т.п.) и придерживаться описательного метода изложения, из которого были бы видны те или иные психопатологические особенности подэкспертного.

Недостаточно сказать, что «испытуемый высказывает бред физического воздействия или ипохондрический бред», а надо этот бред кратко описать, чтобы это было, убедительно.

3. Следует помнить, что из описательной части акта должна вытекать его резолютивная часть, т.е. заключение о вменяемости или невменяемости, а в последнем случае и характер необходимых медицинских мероприятий в отношении испытуемого.

Недостаточная четкость и ясность описательной части создают разрыв, несоответствие между описательной и резолютивной частями акта и делают его, таким образом, неубедительным. Судебно-психиатрическое заключение (акт) должно состоять из следующих разделов:

1. Формальная часть (введение).
2. Развитие личности и анамнестические сведения.
3. Общее соматическое состояние.
4. Неврологический статус.
5. Данные лабораторного исследования.
6. Психическое состояние.
7. Резолютивная часть акта.
8. Рекомендуемые медицинские мероприятия.

1. Формальная часть акта

Здесь указывается дата составления акта, состав комиссии, место производства экспертизы, имя, отчество, фамилия подэкспертного, его возраст, в чем обвиняется (название статьи Уголовного кодекса и очень краткое содержание существа обвинения, например, «обвиняется по ст. 162, п. «г» УК РСФСР в краже обуви из магазина», а если испытуемый — осужденный, то так и указывается, например: «осужденный по ст. 162, п. «г» к одному году лишения свободы с 25 августа 1939 г.»; указание на начало отбывания срока наказания важно для суждения о начале предполагаемого заболевания; установление начала предполагаемого заболевания в известной мере облегчает выяснение его характера и возможности установочно-симулятивного поведения). В этой же формальной части акта необходимо указывать и повод направления на экспертизу: по личному заявлению испытуемого, его родственников, по ходатайству защиты, в порядке психиатрического надзора со стороны врача-психиатра места лишения свободы или. Наконец, по постановлению суда или следствия в связи с возникшими у них сомнениями в психической полноценности обвиняемого. Указание это может иметь некоторое значение в смысле выявления заинтересованности, активности, проявленных обвиняемым в отношении своего судебного дела и своей дальнейшей судьбы. Кроме того, оно позволяет также путем сопоставления заявлений, сделанных обвиняемым на суде или следствии, с его заявлениями в момент прохождения экспертизы проверить его правдивость, искренность.

2. Развитие личности и анамнестические сведения

Здесь приводятся краткие и наиболее существенные данные о формировании личности, патологической наследственности, перенесенных заболеваниях, пребывании в психиатрической больнице и т.п. В этой части акта должны быть также приведены краткие сведения о трудовой жизни испытуемого или указания на ту или иную группу инвалидности, имевшие место в прошлом судимости, приводы. Эти данные важны для оценки характеристики личности. Следует подчеркнуть, что при составлении этой части акта необходимо всегда указывать, откуда анамнестические сведения почерпнуты, т.е. со слов ли испытуемого и его родственников, или из материалов дела, или данных обследования на дому, а также из справок, выписок из истории болезни лечебных учреждений, больниц и т.п. Указание это имеет существенное значение, так как оно определяет неодинаковую оценку разных анамнестических данных и предостерегает эксперта от категорического утверждения недостаточно проверенного факта. Поэтому следует писать: «Из истории личности, со слов испытуемого, его родственников известно, что испытуемый происходит из наследственно отягощенной семьи» и т.д.

3. Общее соматическое состояние

Здесь описываются телосложение, состояние общего питания, имеющиеся отклонения со стороны внутренних органов и эндокринной системы, периферический склероз сосудов и т.д.

4. Неврологический статус

Здесь излагаются симптомы органического поражения центральной нервной системы, выраженные функциональные отклонения с обязательным перечислением основных симптомов (зрачки, рефлексы и т.д.). Неврологический статус следует описывать и в том случае, когда не

имеется уклонений в неврологической сфере. Это важно для того, чтобы в случаях повторной экспертизы (того же испытуемого) можно было судить путем сопоставления настоящего неврологического состояния с ранее описанным, о наличии тех или иных изменений в неврологическом статусе.

5. Данные лабораторного исследования

Вслед за данными неврологического исследования отмечаются результаты лабораторного исследования (исследование крови, спинномозговой жидкости и т.д.).

6. Психическое состояние

Эта центральная часть акта должна дать четкое отображение психического состояния испытуемого, сложившееся в результате планомерно проведенного исследования и наблюдения.

Как уже указывалось, здесь следует придерживаться описательного метода изложения и избегать оценочных терминов или мало убедительных для понимания действительного состояния испытуемого. Применительно к личности душевнобольного описываются в известной последовательности состояние сознания, ориентировки, эмоционально-волевой и интеллектуальной сферы, по ведению с указанием на наличие или отсутствие формальных расстройств психической деятельности (бред, галлюцинации и т.п.), отношение испытуемого к судебному делу и другие психические особенности, которые могли бы служить основанием для постановки того или иного клинического диагноза.

7. Резолютивная часть акта

После описания психического состояния следует резолютивная часть акта, которая должна содержать психиатрическую диагностику данного случая, заключение о вменяемости или невменяемости, а также ответы на все другие вопросы суда или следствия.

В этой части акта необходимо во всех случаях (в случаях вменяемости или невменяемости) дать заключение о состоянии испытуемого в момент совершения преступления. Например: «На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что испытуемый Х. страдает душевной болезнью в форме шизофрении. Как душевнобольной, в отношении инкриминируемого ему деяния, совершенного в болезненном состоянии, Х. должен быть признан невменяемым», или: «На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что испытуемый Х. душевной болезнью не страдает, а обнаруживает признаки хронического алкоголизма. Как не душевнобольной, Х. в отношении инкриминируемого ему деяния, совершенного вне какого-либо болезненного расстройства душевной деятельности, а в состоянии простого опьянения, должен быть признан вменяемым».

В случаях, где устанавливается, что в момент совершения преступления испытуемый находился в состоянии временного расстройства душевной деятельности (например исключительное состояние), в резолютивной части акта должны быть приведены соответствующие данные из уголовного дела (свидетельские показания), подтверждающие болезненное состояние испытуемого в момент совершения преступления (обстоятельства дела кратко излагаются в формальной части акта). Например: «На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что испытуемый Х. признаков душевного заболевания в настоящее время не обнаруживает, а является психопатической личностью. Как не душевнобольной, в обычном своем состоянии Х. должен считаться вменяемым. Что же касается его состояния в момент совершения преступления, то, как это видно из материалов дела и данных истории болезни, правонарушение совершено им в состоянии временного расстройства душевной деятельности (патологическое опьянение). Это состояние развилось после приема небольшой дозы алкоголя и выразилось в нелепом поведении, немотивированном возбуждении с бессмысленной агрессией и сопровождалось последующим сном с отсутствием воспоминаний о происшедшем. В указанном состоянии испытуемый не мог отдавать себе отчета в своих действиях и руководить ими, а потому в отношении инкриминируемого ему деяния Х. должен быть признан невменяемым».

Примечание. В случаях, когда решение вопроса о вменяемости необходимо перенести на судебное заседание или для решения этого вопроса необходимо продлить наблюдение, заключение об этом должно быть указано в резолютивной части акта.

Заключение амбулаторной комиссии о необходимости направления на стационарное испытание должно содержать подробную мотивировку такого решения.

8. Рекомендуемые медицинские мероприятия

В резолютивной части акта в случаях признания подэкспертного невменяемым указываются также необходимые медицинские мероприятия — направление в психиатрическую больницу для лечения на общих основаниях, на принудительное лечение, под наблюдение районного психиатра и т.п.

ОБРАЗЦЫ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЗАКЛЮЧЕНИЙ (АКТОВ)

1. АКТ № 139

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ испытуемого К-ва М. Н.

Мы, нижеподписавшиеся, 24 апреля 1940 года в Научно-исследовательском институте судебной психиатрии им. проф. Сербского свидетельствовали К-ва Михаила Николаевича, 25 лет, обвиняемого по ст. 162, п. «в» УК РСФСР в том, что он продолжительное время, находясь без определенных занятий, занимался мелкими карманными кражами (дело № 1513). Направлен на экспертизу народным судом 3-го участка Пролетарского района г. Москвы в связи с тем, что испытуемый в прошлом как душевнобольной находился в психиатрической больнице. На стационарное испытание в Институт поступил 23 марта 1940 г.

Из данных уголовного дела и опросов испытуемого и его матери известно, что отец испытуемого был душевнобольным и находился долгое время в психиатрической больнице. Сам испытуемый рос и развивался нормально, в школе учился посредственно. В дальнейшем работал слесарем, чернорабочим, грузчиком и часто менял место работы. Весной 1939 г. в семье стали замечать за испытуемым несколько странное поведение — он стал нелюдимым, вялым, подозрительным. Однажды на работе он впал в возбужденное состояние, бросил работу, бегал по цеху, бессмысленно кричал. Тут же он был направлен к психиатру и помещен в психиатрическую больницу им. Кащенко, где находился, согласно полученной справке, с 5 апреля по 17 августа 1939 г. с диагнозом «шизофрения». По выходе из больницы переведен на инвалидность 2-й группы и состоит на учете районного психиатра Пролетарского района с тем же диагнозом — шизофрения. При обследовании в настоящее время установлено, что испытуемый среднего роста, правильного телосложения, умеренного питания. Сердце, легкие и другие внутренние органы без особых отклонений от нормы.

Нервная система. Зрачки равномерны, правильной формы, реакция их на свет и аккомодацию живая. Правая носогубная складка слегка сглажена. Имеется дрожание пальцев вытянутых рук и небольшое покачивание туловища при закрытых глазах. Рефлексы с коленных сухожилий равномерно повышены, с ахилловых сухожилий живые, патологических рефлексов нет. Реакция крови по Вассерману (на сифилис) дала отрицательный результат.

Психическое состояние. Испытуемый правильно ориентирован в месте, времени и в окружающем. Малодоступен, с врачом вступает в контакт неохотно, в палате держится обособленно, молчалив, ни с кем не общается, подозрительно относится к окружающим, все время лежит в постели, часто без видимых причин улыбается, смеется, что-то шепчет про себя, отмахивается и, очевидно, галлюцинирует. О своих болезненных переживаниях в прошлом говорит неохотно и только после настойчивых расспросов сообщает, что он слышал голоса, испытывал страх, чувствовал, как на него «действовали токами». Формальные функции интеллекта грубых расстройств не представляют, память не снижена. В речи отмечается склонность к витиеватым, вычурным выражениям. «Жизнь моя, — говорит он, — секундная и дробленая». Иногда своим словам и фразам он придает особый, своеобразный, только ему понятный смысл. Временами отказывается от пищи, заявляя, что в нее подсыпан яд, что она плохо пахнет. Эмоциональная сфера испытуемого упрощена, привязанности ни к кому не испытывает. Круг интересов резко сужен.

На основании вышеизложенного приходим к заключению, что К-в страдает душевной болезнью в форме шизофрении. В отношении инкриминируемого ему правонарушения, совершенного в болезненном состоянии, он должен быть признан невменяемым. Как душевнобольной К-в нуждается в помещении в психиатрическую больницу на принудительное лечение.

Председатель комиссии (подпись)
Член комиссии (подпись);
Докладчик (подпись)

2. АКТ № 521

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ испытуемого Н-ва Б. П.

Мы, нижеподписавшиеся, 23 декабря 1939 г. в Научно-исследовательском институте судебной психиатрии им. проф. Сербского свидетельствовали Н-ва Бориса Павловича, 34 лет,

обвиняемого по ст. 166 УК РСФСР в том, что 6 августа 1939 г. он пытался на территории военного склада совершить кражу лошади и красноармейского плаща. Направлен Н-ским отделением милиции Н-ского района на испытание в связи с возникшим у следствия подозрением о наличии у испытуемого в период совершения преступления психического заболевания. Поступил в Институт 12 августа 1939 г. Со слов испытуемого известно, что он окончил сельскую школу, с 16 лет работает слесарем, женат, имеет 7 детей. В 1927 г. на работе ушиб голову, потерял на короткое время сознание. С 1930 г. злоупотребляет алкоголем. В состоянии опьянения иногда испытывал страх, убегал раздетым из дому, однажды в таком состоянии залез в печь. У психиатров и невропатологов не лечился. За последние годы у него отмечается ослабление памяти, появились головокружения.

При обследовании в Институте установлено, что испытуемый среднего роста, правильного телосложения, хорошего питания; со стороны внутренних органов заметных отклонений от нормы не отмечается.

Нервная система. Зрачки неодинаковой формы, правый зрачок чуть больше левого; реакция на свет и конвергенцию достаточная. Коленные рефлексы живые, патологических рефлексов нет. Реакция крови по Вассерману (на сифилис) дала отрицательный результат.

Психическое состояние. Испытуемый в ясном сознании, правильно ориентирован в окружающем и собственном положении, доступен, охотно беседует с врачом. Настроение в связи с судебным делом угнетенное. При рассказе о правонарушении испытуемый плачет. Со стороны интеллекта отклонений от нормы нет, запас знаний соответствует полученному образованию; правильно и быстро считает, осмысление и критика достаточные. Бредовых идей не высказывает, обманов органов чувств нет. За время пребывания в Институте поведение правильное, каких-либо припадков или припадочных состояний не наблюдалось. О совершенном им преступлении испытуемый рассказывает следующее: 4 августа он приехал в Москву для покупки детям различных вещей, имея на руках больше тысячи рублей. Закупив часть вещей и истратив только 200 руб., он вернулся на вокзал с тем, чтобы уехать домой. Здесь он все время находился в тревоге, так как боялся, что деньги и документы у него могут украсть, всю ночь не спал. Стал замечать, что окружающие следят за ним, перешептываются, переглядываются, гримасничают; пытался обратиться к охране вокзала с просьбой защитить его. Утром 5 августа выпил стопку вина, стало как будто легче, пошел на улицу. Как провел день — не помнит, вспоминает лишь обрывки своих переживаний. Ему казалось, что он будто бы видел жену, испытывал страх, слышал голоса знакомых, каким-то образом попал на поезд, где попрежнему слышал те же угрожающие голоса, на ходу выпрыгнул из поезда и блуждал по лесу (все эти сведения подтверждены данными уголовного дела). Как и почему крал лошадь — объяснить не может.

На основании вышеизложенного комиссия приходит к заключению, что Н-ов Б. П. душевной болезнью не страдает, а обнаруживает склонность к привычному злоупотреблению алкоголем. В обычном состоянии является вменяемым. Что же касается состояния испытуемого во время совершения преступления, то на основании данных экспертизы, материалов судебного дела и свидетельских показаний, отмечающих неправильное поведение испытуемого при задержании, нелепые ответы при допросе и т.п., следует признать, что Н-ов в момент совершения преступления находился в состоянии кратковременного болезненного расстройства душевной деятельности в форме алкогольного делирия, развившегося у него за два дня до правонарушения в результате злоупотребления алкоголем и нервно-психического истощения вследствие предшествующих бессонных ночей. Поэтому в отношении инкриминируемого ему преступления, совершенного в период болезненного состояния, Н-ов должен быть признан невменяемым. По своему психическому состоянию в пребывании в психиатрической больнице не нуждается, а должен находиться под наблюдением районного психиатра.

Председатель комиссии (подпись)
Член комиссии (подпись);
Докладчик (подпись)

АКТ № 718
СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ
испытуемого К-на И. П.

Мы, нижеподписавшиеся, 23 декабря 1939 г. в Научно-исследовательском институте судебной психиатрии им. проф. Сербского свидетельствовали испытуемого К-на, Ивана Павлови-

ча, 36 лет, обвиняемого по ч. 2 ст. 146 и ч. 2 ст. 74 УК РСФСР в том, что он систематически хулиганит и избивает свою жену; 19 октября 1939 г. он нанес ей удар камнем по лицу. Направлен на экспертизу народным судом 11-го участка Сокольнического района г. Москвы (дело № 120) в связи с заявлением испытуемого, что у него в прошлом были припадки. На стационарную экспертизу в Институт поступил 22 ноября 1939 г.

По данным истории личности, испытуемый в прошлом обнаруживал повышенную возбудимость и неуравновешенность. С 1927 г. у него, по его словам, наблюдались редкие обморочные состояния, главным образом после переутомления. В течение многих лет он злоупотреблял алкоголем. В психиатрических лечебных учреждениях никогда не лечился.

При исследовании в Институте в настоящее время со стороны внутренних органов особых отклонений от нормы не отмечено.

Нервная система. Зрачки равномерны, реакция их на свет удовлетворительна. Рефлексы сухожильные, кожные и со слизистых в пределах нормы. Патологических рефлексов нет. Имеется дрожание пальцев вытянутых рук. Исследование крови на сифилис дало отрицательный результат.

Психическое состояние. Испытуемый в ясном сознании, правильно ориентирован в окружающем, во времени и в своем положении, доступен, охотно вступает в беседу и дает о себе сведения, озабочен сложившейся для него ситуацией и своей дальнейшей участью. Формально умственные способности (память, соображение, критика) не нарушены. Обнаруживает эмоциональную неустойчивость, колебания настроения, склонность к аффективным вспышкам. Бредовых идей, галлюцинаций и других психотических проявлений нет. Никаких припадков во время пребывания на, экспертизе не наблюдалось. Поведение в отделении Института правильное.

На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что К-н И. П. душевным заболеванием не страдает, а обнаруживает явления некоторой нервной неуравновешенности и склонностью к злоупотреблению алкоголем. Как не душевнобольной, в отношении инкриминируемого ему деяния, совершенного вне какого-либо болезненного состояния, он должен быть признан вменяемым. В дальнейшем пребывании в Институте не нуждается.

Председатель комиссии (подпись)

Член комиссии (подпись);

Докладчик (подпись)

ИНСТРУКЦИЯ НКЮ РСФСР И НАРКОМЗДРАВА РСФСР, ОТ 17 ФЕВРАЛЯ 1935 г. «О ПОРЯДКЕ НАЗНАЧЕНИЯ И ПРОВЕДЕНИЯ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ, СОВЕРШИВШИХ ПРЕСТУПЛЕНИЕ»

В целях упорядочения и введения единообразной практики назначения и проведения принудительного лечения психически больных, совершивших преступление, Народный комиссариат юстиции совместно с Народным комиссариатом здравоохранения предлагают впредь при назначении и осуществлении указанного принудительного лечения руководствоваться следующими правилами:

1. Принудительное лечение как мера социальной защиты медицинского характера, предусмотренная ст. 24 Уголовного кодекса, может быть назначаемо исключительно приговором или определением суда.

Примечание. Ни органы расследования, ни органы прокуратуры не могут выносить постановлений о применении к обвиняемому принудительного лечения или же давать свое согласие лечебным заведениям на применение к обвиняемым принудительного лечения.

2. Принудительное лечение в отношении психически больных, совершивших преступления, назначается судом в тех случаях, когда суд признает необходимым в отношении этих лиц применение мер медицинского характера в условиях изоляции в силу их социальной опасности с целью предотвращения побегов таких лиц и предупреждения повторных с их стороны преступлений.

3. Принудительное лечение может быть назначаемо в отношении следующих категорий лиц: а) лиц, совершивших преступления в состоянии душевного расстройства и являющихся психически больными к моменту рассмотрения о них дела в суде, б) лиц, заболевших болезнью

после совершения преступления и являющихся таковыми к моменту рассмотрения о них дела в суде, в) лиц, заболевших психической болезнью во время отбывания лишения свободы.

4. Назначению судом принудительного лечения обязательно предшествует судебно-психиатрическая экспертиза, проводимая (с соблюдением ст. 16 Положения о производстве судебно-медицинской экспертизы) в институтах или клиниках судебной психиатрии, а где их нет — в судебно-психиатрических отделениях общегражданских психиатрических больниц, а также в психиатрических учреждениях амбулаторного характера или в заседании суда, если эксперты найдут возможным обойтись без стационарного изучения больного.

5. Судебно-психиатрическая экспертиза в своем заключении дает основание, необходимое суду для решения вопроса о назначении принудительного лечения или же лечения на общих основаниях.

6. Если суд не согласится с заключением судебно-психиатрической экспертизы, он обязан свое несогласие с экспертизой подробно мотивировать в приговоре или особом определении (ст. 298 УПК).

7. Находящиеся на принудительном лечении психически больные правонарушители ставятся в условия строгого надзора (как и другие больные, опасные для себя и окружающих), гарантирующие принудительное содержание их в психиатрических больницах.

8. Освобождение лиц (выписка из больницы), отбывающих принудительное лечение, а также перевод лиц, находящихся на принудительном лечении, на условия обычных больных производится на основании постановления специальной комиссии, образуемой главным врачом учреждения, с утверждением этого постановления в порядке ст. 461 УПК судом, вынесшим определение о принудительном лечении (или соответствующим судом по месту нахождения лечебного учреждения).

Примечание. Перевод из больницы, куда был помещен для принудительного лечения осужденный, в другие психиатрические больницы, в психиатрические колонии и т.п. производится исключительно по постановлению указанной комиссии.

9. Суд, рассматривая вопрос об освобождении от принудительного лечения, одновременно решает вопрос о дальнейшем направлении данного лица.

В отношении лиц, признанных судом при направлении их на принудительное лечение, совершившими преступление в состоянии душевного расстройства (ст. 3, п. «а»), суд выносит определение о полном их освобождении.

В отношении лиц, заболевших после совершения преступления (ст. 3, п. «б») и затем выздоровевших, возобновляется прекращенное дело.

В отношении лиц, заболевших во время отбывания приговора (ст. 3, п. «г»), приостановленный на время принудительного лечения приговор вновь начинает исполняться (причем время принудительного лечения насчитывается в срок, назначенный приговором).

Если будет установлено впоследствии, что лицо, направленное на принудительное лечение, симулировало душевную болезнь и в момент совершения преступления было здоровым, дело о нем возобновляется по вновь открывшимся обстоятельствам.

ПЕРЕЧЕНЬ ИСТОЧНИКОВ, ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ПРИ СОСТАВЛЕНИИ ПОСОБИЯ

1. М. И. Авербах, Офтальмологические очерки, Медгиз, 1940 г.
2. М. И. Авдеев, Членовредительство, Ашхабад, 1942 г.
3. М. И. Авдеев, Судебно-медицинская характеристика действия некоторых систем современного боевого оружия и пуль специального назначения, Рукопись.
4. Т. Я. Арьев, Отморожение, Медгиз, 1940 г.
5. К. Архибаев и М. Редков, К современному состоянию вопроса об искусственных опухолях, Военно-санитарное дело № 6, 1929 г.
6. К. И. Барышников, К вопросу об аггравациях, Врачебная газета № 6, 1925 г.
7. К. И. Барышников, Симуляция в экспертизе, изд. «Практическая медицина», 1926 г.
8. Л. Беккер, Симуляция болезней и ее определение, С.-Петербург, 1910 г.
9. Brisard, Blessures par imprudence par éclatement de détonateur de granate. Annales de méd. lég. 1926 г.

10. А. Бум, Учение о несчастных случаях (травматология). Издание журнала Практическая медицина, 1911 г.
11. А. Н. Бунеев, Симуляция. Сборник организационно-методических материалов по судебно-психиатрической экспертизе, под ред. Ц. М. Фейнберг, Москва, 1941 г.
- 11а. А. И. Винберг, А. Г. Рахлин, С. Я. Розенбит, Криминалистика, 1941 г. (Руководство для военных юристов).
12. К. К. Введенский, Об искусственных болезнях. Вестник хирургии и пограничных областей, т. 23, кн. 67, Ленинград, 1931 г.
13. К. К. Введенский, О членовредительстве и симуляции среди призываемых в армию, Врачебная газета, № 15–16 1926 г.
14. Weissenberg, Künstliche hervorgerufene Krankheitserscheinungen, Deutsch. Zeit. f. ges. ger. Med. Bd. 5, 1925 г.
15. С. Вертоградов, К казуистике и этиологии поддельных болезней, 1906 г.
16. А. Я. Вышинский, Теория судебных доказательств в советском праве, Москва, 1941 г.
17. Hirsch, Neuere Erfahrungen über Selbstbeschädigungen von Untersuchungsgefangenen, Deutsch. Zeit. f. ges. ger. Med., Bd. 9, 1927 г.
18. Hofe K. Glus, Die Beurteilung der Hemeralopie bei Kriegsteilnehmern, Deutsch. Zeit. f. ges. ger. Med., Bd. 35, H. 5.
19. С. В. Гольман, Симуляция и аггравация болезней нервной системы. Руководство по военной невропатологии, под ред. М. И. Аствацатурова, ОГИЗ, 1935 г.
20. Б. С. Гранат, К вопросу о членовредительстве путем впрыскивания парафина. Казанский медицинский журнал № 11, 1927 г.
21. Б. С. Гранат, Парафиновые опухоли в военно-медицинской практике, Военно-медицинский журнал, т. II, в. 1, 1931 г.
22. И. В. Давыдовский, Врачебные ошибки, Советская медицина № 3, 1941 г.
23. В. Дерблих, Притворные болезни призывных и новобранцев. Руководство для врачей и членов присутствий по воинской повинности, СПб, 1882 г.
24. М. Г. Домба, Искусственные грыжи, Советская медицина на Северном Кавказе № 10–11, 1926 г.
25. О. Г. Калина, К вопросу о симуляции, аггравации и членовредительстве органа слуха, Одесский медицинский журнал № 5, 1928 г.
26. Carvaglio, Medicina legale militare, 1939 г.
27. З. М. Компанец, К вопросу о частоте притворной глухоты среди пострадавших от несчастных случаев и методах ее обнаружения, Екатеринбург, 1912 г.
28. А. Н. Коган, К вопросу об искусственных болезнях, Новый хирургический архив. т. 34, кн. 3, 1935 г.
29. Ю. Краттер, Руководство судебной медицины, 1928 г.
30. М. И. Круковер, К вопросу о методах определения симуляции афонии, Вестник советской отолярингологии, № 11, 1935 г.
31. А. С. Левин, Клиника ночного недержания мочи при изменениях в мочевом пузыре и в задней уретре у взрослых мужчин. Сборник трудов I Моск. ком. военного г-ля, 1939 г.
32. Л. Лозинский, Случай симуляции кривошеи, Военно-санитарное дело, 1929 г.
33. Lochte, Gerichtsärztliche und Polizeiärztliche Technik, Wiesbaden, 1914 г.
34. В. В. Люстрицкий, Распознавание психической симуляции, Современная психоневрология, т. II, 1926 г.
35. Meixner, Gerichtsärztliche Erfahrungen über Selbstbeschädigung, Beitr. Zeit. ger. Med., Bd. III, 1919 г.
36. В. В. Михеев, О невротических реакциях «обмане» и «аггравации», Советская медицина № 3, 1941 г.
37. Б. Н. Могильницкий, Контрактуры и симуляции. Автореферат доклада на I съезде судебных экспертов в 1920 г.
- 37а. Н. А. Молодцов и А. А. Васильев, Краткие указания по распознаванию некоторых видов членовредительства, 1942 г.
38. В. А. Надеждин, К экспертизе ночного недержания мочи. Военно-медицинский журнал, т. II, вып. 3.
39. В. А. Надеждин, Искусственные и притворные болезни, Ленинград, 1927 г.

40. Nicoletti, F. Diagnostische Sicherstellung Vorgetauschter Krankheitszustände die mit Scharfbildung einhergehen, Deutsch. Zeit. f. ges. ger. Med. Bd. 27, 1937 г.
41. Nippe, M. Unfall der Selbstverstümmelung durch Abchaken von Daumen und Fingergliedern, Monatschr. f. Unfallheilkunde, Febr, 1938 г.
42. О. П. Осипов, О распознавании симуляции душевных болезней, Архив медицинских наук, т. I, в. 1, 1929 г.
43. Положение о судебно-медицинской экспертизе НКЗ РСФСР 1934 г.
44. М. И. Полюхов, Редкий случай симуляции накожной болезни, Медицинское обозрение Нижнего Поволжья, январь–февраль 1929 г.
45. Портнов, К вопросу об экспертизе зрения, Советская медицина на Северном Кавказе № 8, 1926 г.
46. Ravina et Szeilly, Simulation des blessures ou des maladies dans l'armée et dans les usines de guerre, La presse médicale № 60, 1939 г.
47. М. Раппопорт, Применение цветка «куриной слепоты» для целей членовредительства, Военно-санитарное дело № 6, 1929 г.
48. Reuter, F. Die Selbstbeschädigung und ihre forensische Beurteilung, Beitr. Z. ger. Med., Bd. I, 1911 г.
49. Сборник организационно-методических материалов по судебно-психиатрической экспертизе, под ред. П. М. Фейнберг, Москва, 1941 г.
50. М. Сидорченко, О возможности симуляции поражений кожи ипритом, Военно-санитарное дело, 1932 г.
51. Simar, La simulation des maladies en général, Archiv beige du Service de Santé de l'Armée № 4, 1939 г.
52. А. А. Сладков, Искусственная эмфизема лица и глазницы, Врачебная газета № 9, 1925 г.
53. М. С. Строгович, Уголовный процесс. Учебник для военных юристов, Москва, 1941 г.
54. Уголовно-процессуальный кодекс РСФСР.
55. Уголовный кодекс РСФСР,
56. М. М. Филиппов, Отчет о деятельности лор-отделения 1 Московского коммунистического военного госпиталя за 10 лет (1926–1936 гг.). Сборник трудов 1 Моск. ком. военного госп., 1939 г.
57. К. Л. Хохлов, Модификация опыта Штенгера для обнаружения симуляции односторонней полной глухоты, Вестник советской оторино-ларингологии № 1, 1933 г.
58. Ziemke E., Ueber Selbstbeschädigungen, Archiv fur Kriminologie, Bd. 75. 1923 г.
59. Л. Чистяков, О хирургических искусственных болезнях и членовредительстве среди заключенных, Новая хирургия, т. IX, 1929 г.
60. В. М. Чхиквадзе и М. Я. Савицкий, Советское военно-уголовное право, 1942 г.
61. Chavigni, Diagnostic des maladies simulées, Paris, 1921 г.
62. Chavigni, Les mutilations volontaires par le feu, Annales de méd. leg. № 5, 1939 г.
63. А. И. Шибков, Введение в учение о членовредительстве.
64. И. П. Кутепов, Объективный метод определения остроты слуха, Доклад на заседании Ученого совета НКЗ ТССР, Ашхабад, март 1942 г.
65. В. Федоров, Эволюция стрелкового оружия, Воениздат, 1939 г.
66. Инструкция Главного военно-санитарного управления 1941 г.
67. Инструктивное письмо Главного судебно-медицинского эксперта НКЗ СССР, декабрь 1941 г.

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
Предисловие	1
Введение	3
Часть I. Симуляция и аггравация	6
Общие вопросы.....	6
Симуляция умышленная и патологическая.....	6
Аггравация.....	7
Диагностика симуляции.....	8
Ошибки диагностики симуляции.....	12
Симуляция отдельных симптомов.....	15
Симуляция лихорадки.....	15
Симуляция кровотечений.....	15

Симуляция рвоты.....	16
Симуляция желтухи.....	16
Симуляция патологии мочевого выделения.....	18
Симуляция отдельных симптомов болезней органов дыхания.....	23
Симуляция болезней сердца (тахикардии).....	23
Симуляция невропатологических симптомов.....	24
Симуляция афонии, немоты и заикания.....	26
Симуляция слепоты.....	27
Симуляция куриной слепоты.....	28
Симуляция глухоты.....	28
Способы обнаружения односторонней глухоты или одностороннего понижения слуха.....	28
Способы обнаружения симуляции обоюдостороннего понижения слуха.....	31
Симуляция душевных болезней.....	32
Часть II. Членовредительство.....	34
Членовредительство при помощи огнестрельного оружия.....	34
Оружие.....	34
Обстановка преступления.....	34
Версии членовредительства.....	34
Маскировка членовредительства.....	35
Локализация повреждений при членовредительстве.....	35
Определение дальности расстояния выстрела.....	36
Действие дополнительных факторов выстрела у некоторых систем современного боевого оружия.....	38
Действие пуль специального назначения.....	39
Определение направления выстрела.....	39
Особенности огнестрельных ранений кистей и стоп при выстреле в упор и на близком расстоянии... ..	41
Влияние различных прокладок на картину близкого выстрела.....	42
Возможные ошибки при определении дальности расстояния в направлении выстрела.....	42
Членовредительство при помощи ручных гранат.....	43
Членовредительство при взрывах мин.....	44
Осмотр огнестрельных ранений.....	44
Описание огнестрельных повреждений.....	45
Описание одежды.....	45
Собирание анамнеза и опрос.....	45
Значение вещественных доказательств.....	46
Составление акта освидетельствования.....	47
Доказательство членовредительства.....	47
Членовредительство при помощи острых, рубящих и режущих орудий.....	48
Членовредительство подкладыванием конечностей под колеса транспортных машин.....	50
Умышленное отмораживание.....	51
Другие формы умышленных повреждений пальцев рук и ног.....	51
Искусственное заболевание суставов.....	52
Искусственные вывихи.....	53
Искусственное истощение организма.....	53
Солеедство.....	53
Искусственные заболевания легких.....	54
Искусственное охлаждение тела.....	54
Искусственные грыжи.....	54
Искусственные свищи прямой кишки.....	55
Искусственный геморрой.....	56
Искусственное выпадение прямой кишки.....	56
Искусственные поносы.....	56
Членовредительство в области органа слуха.....	56
Членовредительство в полости носа.....	58
Членовредительство в полости рта.....	59
Членовредительство в области органа зрения.....	59
Искусственные блефариты.....	60
Искусственные конъюнктивиты.....	60
Искусственные кератиты.....	61
Членовредительство в области кожи и подкожной клетчатки.....	62
Членовредительство посредством прикладывания ядовитых растений или же их сока.....	63
Искусственные флегмоны и абсцессы.....	64
Искусственная подкожная эмфизема.....	66
Искусственные отеки и припухлости.....	66
Искусственные опухоли.....	67
Искусственные свищи.....	69
Искусственные рубцы.....	69
Искусственные заболевания подкожных сосудов (вен).....	69
Искусственное заболевание мочепополовой системы.....	70

Членовредительство и психические заболевания.....	71
Часть III. Судебно-медицинская экспертиза симуляции и членовредительства.....	72
Общие положения.....	72
Обязательность судебно-медицинской экспертизы в делах о симуляции и членовредительстве.....	72
Выбор эксперта.....	72
Права и обязанности эксперта.....	73
Порядок проведения экспертизы и составление акта экспертизы по делам о симуляции и членовредительстве.....	73
Заключение экспертизы.....	74
Вопросы судебно-медицинской экспертизе по делам о симуляции и членовредительстве.....	75
Пределы компетенции эксперта.....	76
Судебно-медицинская экспертиза в условиях фронта.....	78
Доказательство симуляции и членовредительства.....	79
Важнейшие недочеты в проведении экспертизы по делам о симуляции и членовредительстве.....	80
Следственный эксперимент.....	81
Другие виды экспертизы.....	82
Вещественные доказательства.....	82
Приложения	
Образцы актов судебно-медицинской экспертизы.....	83
Извлечения из Уголовного кодекса РСФСР, Уголовно-процессуального кодекса РСФСР и из Положения о судебно-медицинской экспертизе Наркомздрава.....	86
Квалификация преступления.....	86
Общие положения о порядке производства экспертизы.....	86
Значение заключения экспертизы для судебно-следственных органов.....	89
Права и обязанности экспертов.....	89
Меры социальной защиты судебно-исправительного и медицинского характера.....	92
Инструкция о производстве судебно-психиатрической экспертизы в СССР.....	93
Инструкция по составлению истории болезни и акта судебно-психиатрической экспертизы.....	96
Образцы судебно-психиатрических заключений (актов).....	102
Инструкция НКЮ РСФСР и Наркомздрава РСФСР от 17 февраля 1935 г. «О порядке назначения и проведения принудительного лечения психически больных, совершивших преступление».....	104
Перечень источников, использованных при составлении пособия.....	105

Редакторы: К. И. Татиев и В. П. Усков.

Л-23129.

Печ. л. 7³/₄.

Уч.-изд. л. 12,5.

В печ. л. 71 000 зн.

Заказ 429.

Отпечатано в 3-й типографии Воениздата Н О.