



СУЧАСНИЙ ПІДХІД ТА ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ АКТУАЛЬНИХ ПИТАНЬ З КРИМІНАЛЬНО-ПРАВОВИХ ДИСЦИПЛІН

*Матеріали студентської конференції
до 175-річчя Університету*

Відповідальний за випуск *Ергард Н.М.*

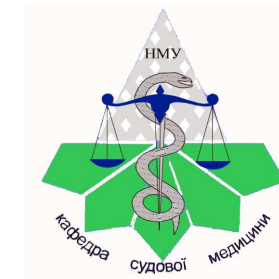
Підписано до друку 10.05.2016
Формат 60×84. Папір офсетний.
Тираж 30 прим.

Видавництво УкрДГРІ
Р.с. серія ДК №182 від 18.09.2000 р.
04114, м. Київ-114, вул. Автозаводська, 78

Адреса редакції та п/п: інформаційно-видавничий відділ УкрДГРІ
04114, м. Київ-114, вул. Автозаводська, 78
Тел. 206-35-18; тел/факс 430-41-76

СУЧАСНИЙ ПІДХІД ТА ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ АКТУАЛЬНИХ ПИТАНЬ З КРИМІНАЛЬНО-ПРАВОВИХ ДИСЦИПЛІН

*Матеріали студентської конференції
до 175-річчя Університету*



Київ 2016

Сучасний підхід та шляхи вирішення актуальних питань з кримінально-правових дисциплін: збірник матеріалів студентської конференції / редкол.: Михайличенко Б.В., Ергард Н.М.; Київ. Кафедра судової медицини та медичного права НМУ ім. О.О. Богомольця. – К.: Кафедра судової медицини та медичного права НМУ ім. О.О. Богомольця, 2016. – 164 с.

На студентській конференції обговорений сучасний підхід та шляхи вирішення актуальних питань з кримінально-правових дисциплін, застосування спеціальних знань у протидії злочинності, участь спеціалістів при проведенні слідчих (розшукових) дій, участь лікарів при проведенні судово-медичних експертиз, а також інші питання.

Для студентів, викладачів, аспірантів, ад'юнктів навчальних закладів юридичного та медичного профілю.

Матеріали студентської конференції подаються в авторській редакції. Відповідальність за достовірність фактів, статистичних даних, точність викладеного покладається на авторів.

УДК 340.6:061.3-057.875

© Кафедра судової медицини та медичного права, 2016.
© Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, 2016.
© Київське обласне бюро судово-медичної експертизи, 2016.

після лікування. Шматочки слизової брали по два з антрального відділу, тіла і один з ділянки кута шлунка. Критерієм оцінки терапії були: відсоток ерадикації *H.pylori*, зникнення (зменшення) запалення, активності; також оцінювали динаміку атрофії, кишкової метаплазії після проведеної терапії.

Результати. Було встановлено, що ерадикація *H.pylori* відбулася в 64 з 72 випадків (88,9%). До лікування антральний гастрит був діагностований в усіх 72 пацієнтів; в тілі шлунка – лише у 26. Активним гастрит був в антральному відділі у 59, в тілі – лише у 11 пацієнтів. Зникнення (зменшення) запалення в антральному відділі спостерігалось у 66 з 72 пацієнтів (91,7%) і у 24 з 26 пацієнтів в тілі шлунка (92,3%). Зникнення активності в антральному відділі було відмічено у 52 з 59 (88,1%) і в тілі шлунка у 10 з 11 (90,9%) пацієнтів. Зворотнього розвитку атрофії і кишкової метаплазії не спостерігалось.

Висновки. Антихелікобактерна вісмутова квадротерапія є ефективним методом лікування, тому що ерадикація *H. pylori* і зникнення запальних змін у слизовій оболонці шлунка спостерігається у 90% пацієнтів.

Список використаних джерел

1. Бачинський В.Т. Лазерна поляриметрія тканин трупа людини для встановлення давності настання смерті / В.Т. Бачинський// Український судово-медичний вісник. – 2008. – № 22. – 19–22 с.
2. Бачинський В.Т. Визначення давності настання смерті за фазовою картографією зображення біологічних тканин /В.Т. Бачинський // Буковинський медичний вісник. – 2007. – № 4. – 149–152 с.
3. Визначення давності настання смерті у судово-медичній експертизі / [В. Д. Мішалов, А. Х. Завальнюк, І. О. Юхимець та ін.]. – К., 2012. – 39 с.

Ясинецька КатеринаОлександрівна

студентка III курсу 3 групи МЗ

Національного медичного

університету ім. О.О.Богомольця

Параскевов Роман Авраамович

студент IV курсу 2 групи ФПЛ ЗСУ

Національного медичного

університету ім. О.О. Богомольця

Науковий керівник – доцент

доктор медичних наук

Соловійова Г.А.

Кафедра внутрішньої медицини №3

Національний медичний

університет ім. О.О. Богомольця

МОРФОЛОГІЧНЕ ВИЗНАЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ АНТИХЕЛІКОБАКТЕРНОЇ КВАДРОТЕРАПІЇ

Вступ. Хронічний гастрит (ХГ) – найбільш поширене захворювання шлунка. Вважається, що від 50 до 80% дорослого населення страждають на ХГ. Основним етіологічним чинником ХГ є *Helicobacter pylori*. Міжнародне агентство по вивченню рака ВООЗ віднесли *H.pylori* до канцерогенів I групи. Для переривання патологічного каскаду подій, що пов'язують ХГ і рак шлунка, необхідно видалити один з факторів ризику, тобто провести ерадикацію *H.pylori*. Враховуючи виникнення резистентності *H.pylori* до антибіотиків, рекомендують застосовувати схему з препаратом вісмута де-нолом, який має виражену бактерицидну активність у відношенні *H.pylori*, блокує її адгезію до епітелію шлунка.

Мета – вивчення ефективності квадротерапії для ерадикації *H. pylori* (інгібітор протонної помпи 2 рази в стандартній дозі + метронідазол 500 мг 3 рази + тетрациклін 500 мг 4 рази + де-нол 120 мг 4 рази на добу).

Матеріали та методи. У дослідження увійшли 72 пацієнта, які отримували вісмуту квадротерапію. Пацієнтам проводили гістологічне дослідження гастробіоптатів перед встановленням діагнозу ХГ і через рік

ВІТАЛЬНЕ СЛОВО

до учасників студентської конференції

«Сучасний підхід та шляхи вирішення актуальних питань з кримінально-правових дисциплін», присвяченій 175-річчю Національного медичного університету імені О.О. Богомольця.

Шановні учасники та гості конференції! Вітаємо Вас у нашому навчальному закладі – Національному медичному університеті ім. О.О. Богомольця, який цього року відмічає своє 175-ти річчя.

Безпосереднім організатором наукового заходу є кафедра судової медицини та медичного права за підтримки Київського обласного бюро судово-медичної експертизи. Наша кафедра набула авторитету, підтвердженого багаторічним досвідом підготовки як студентів медичних та стоматологічних факультетів, так і лікарів-інтернів фахівців судово-медичного спрямування.

Своїми думками та ідеями в нашому збірнику готові поділитися учасники навчальних закладів медичного та юридичного профілю міста Києва.

Важливість даного заходу обумовлена необхідністю підвищення ефективності щодо сучасного підходу та шляхів вирішення актуальних питань з кримінально-правових дисциплін в умовах реформування Міністерства охорони здоров'я, концептуальних змін у структурі правоохоронних органів, реформування Міністерства внутрішніх справ і становлення Національної поліції.

Поряд із цим – в умовах загострення криміногенної ситуації у розгляді першочергових є проблема криміналістичного забезпечення кримінальних проваджень, ефективного та результативного проведення судово-медичних експертиз відповідно до оновленого кримінального процесуального законодавства і високих міжнародних стандартів.

Сподіваємось, що комплексний підхід до розгляду актуальних питань криміналістики та судової медицини, якісно нові погляди на синтез науки і практики дадуть позитивні результати в оптимізації роботи правоохоронних органів, експертних установ, наукових і навчальних закладів.

Традиції нашої кафедри залишаються незмінними: ми завжди готові до конструктивної співпраці, до обговорення нових ідей та планів дій, впровадження їх у медичну та правозастосовну практику.

І на завершення. Перебіг і матеріали конференції стануть ще одним підґрунтям і стимулом подальшої координації дій студентів як майбутніх кваліфікованих фахівців.

Тільки за таких умов нам вдасться спільно сформувати оновлену тактику і стратегію, спрямовану на досягнення поставленої високої мети.

ЗМІСТ

Аверіна О.Г., Циганій С.О. Відповідальність за злочини проти власності у кримінальному праві зарубіжних країн.....	9
Білоконна І.О., Кочнєва А.О. Кримінальна відповідальність юридичних осіб в Україні.....	11
Березенець О.Г., Федорова О.А. Порівняльний аналіз насильницької та ненасильницької категорії смерті серед населення України за 2005-2014 роки.....	13
Березенець О.Г., Федорова О.А. Порівняльний аналіз насильницької та ненасильницької смерті дітей до 1 року в Україні за 2005-2014 рр.....	16
Бідюк В.В., Юрченко Б.В. Механізми дії кулі на тіло людини залежно від кінетичної енергії. Гідродинамічна дія.....	19
Борисенко Л.О., Рощина І.О. Потерпілий у Кримінальному кодексі України: поняття, ознаки, види.....	21
Браславець К.П., Циганій С.О. Тілесні ушкодження – проблеми кваліфікації.....	23
Григор'єва М.Ю., Федорова О.А. Аналіз експертних помилок в діяльності судово-психіатричного експерта.....	26
Гринівецька О.В., Бабкіна О.П. Особливості ушкоджень від дії ручної бойової вогнепальної зброї.....	28
Гудима В.В., Шевчук В.А. Встановлення наявності крові, орієнтовані та доказові методи.....	31
Гулович І.І., Ергард Н.М. Диференційна діагностика колото-різаних ран при вбивстві та самогубстві.....	33
Гуменюк Ю.М., Бабкіна О.П. Судово-медична оцінка смерті від «істинного» утоплення.....	35
Даценко Т.В., Кочнєва А.О. Місце та значення поліграфа у розслідуванні злочинів.....	37
Євсейчик А.С., Ергард Н.М. Кримінальна відповідальність медичних працівників.....	39

Також актуальними на даний час є лабораторні методи визначення давності настання смерті, що ґрунтуються на дослідженні біохімічних процесів, які відбуваються в рідинах, тканинах і органах померлого. З цією метою досліджують кров, ліквор, рідину скловидного тіла, перикардіальну рідину, м'язи, внутрішні органи, головний мозок тощо, використовуючи найрізноманітніші сучасні лабораторні методи дослідження.

Досліджуючи кров, основна увага звертається на зміну кількості еритроцитів у трупній крові (збільшення їх кількості вдвічі через 8-15 годин після настання смерті), кількість лейкоцитів, фагоцитарну активність крові, швидкість її зсідання, ступінь в'язкості, гемоліз, осмотичну резистентність еритроцитів, вміст метгемоглобіну, динаміку утворення сульфгемоглобіну, білки, концентрацію калію (збільшення його пропорційно до давності настання смерті), рН, залишковий азот, оптичну щільність, флюоресценцію, активність холінестерази, електроліти, вміст ДНК, цукру тощо.

У лікворі визначається рН, вміст фосфору як показника ступеня деструкції нервової тканини (зростання його в перші 10 год. після смерті), концентрацію калію (підвищення при збільшенні часу, що минув після смерті, з 430-468 мг/л у перші години до 1440-2230 мг/л через 50 год і більше), співвідношення натрію і кальцію, вміст молочної кислоти, амінокислот, пуринових похідних, залишкового азоту, цитоз, білки, бактерії, хлориди, глюкоза тощо.

У рідині скловидного тіла досліджується вміст натрію і калію (кількість калію збільшується від 230-250 мг/л в перші години після смерті до 890-1170 мг/л через 60 год і більше), рН, загальний білок (він невинно збільшується), амінокислоти, в'язкість, залишковий азот, ферменти, концентрація іонів водню тощо.

У внутрішніх органах визначається їх щільність, глікоген, залишковий азот, динаміка концентрації вітаміну В₁₂, вміст амінокислот, кількість води в міокарді, активність молочної, янтарної та яблучної кислот, результати фазово-контрастної мікроскопії печінки, електропровідність скелетних м'язів, вміст в них глікогену, натрію, калію, інших елементів.

Гістохімічні дослідження виявили зниження РНК в шкірі при розвитку трупних плям і зникнення її через 48 год. після смерті. ДНК ядер протягом 18 год. посмертного періоду зменшується вдвічі, а до 48 год. – майже в 10 разів. Виявлене закономірне зниження ДНК і РНК в міокарді і скелетних м'язах протягом 48 год. після смерті [3].

Незважаючи на велику кількість існуючих на сьогоднішній день методів визначення давності настання смерті, більшість з них є застарілими та недостатньо об'єктивними. Тому існує необхідність впровадження та розробки нових методик дослідження, здатних якомога точніше визначити граничні дані щодо давності настання смерті.

Юртин Богдан Ігорович
студент 3 групи, IV курсу
медичного факультету №2
Національного медичного
університету ім. О.О.Богомольця

Кирилюк Богдана Василівна
студентка 3 групи, IV курсу
медичного факультету №2
Національного медичного
університету ім. О.О.Богомольця

Науковий керівник – професор
доктор медичних наук
Бабкіна Олена Петрівна
Кафедра судової медицини
Національного медичного
університету ім. О.О.Богомольця

СУЧАСНІ МЕТОДИ ВИЗНАЧЕННЯ ДАВНОСТІ НАСТАННЯ СМЕРТІ В СУДОВІЙ МЕДИЦИНІ

Однією з головних проблем в судовій медицині на сьогоднішній день є дослідження ранніх посмертних змін організму людини на мікро- та макроскопічному рівні задля встановлення давності настання смерті. Однак, до цього часу не існує методів, які достатньо точно та об'єктивно встановлювали б час, що минув після смерті особи.

Перспективними в цьому напрямі є неінвазивні оптичні методи діагностики структури біологічних тканин із використанням комплексу фотометричних, поляризаційних, спектральних і кореляційних методик. Дані методи вивчення явища світлорозсіювання та неоднорідностей тканин дозволяють здійснювати пошук взаємозв'язків між динамікою післясмертних змін досліджуваних тканин організму та сукупністю об'єктивних фотометричних, поляризаційних, спектральних і кореляційних параметрів їх оптичних зображень. На цій основі відкриваються можливості об'єктивного і більш точного визначення часового проміжку, що пройшов із моменту настання смерті людини. Такий підхід реалізується в спектрофотополариметричному методі лазерної оптики, заснованому на використанні поляризації лазерних пучків різних довжин хвиль і моделюванні матричними операторами властивостей тканин людини будь-яких типів. Тому можна стверджувати, що методи лазерної спектрофотополариметрії біологічних тканин – один із найбільш перспективних напрямів подальшого розвитку щодо визначення взаємозв'язку морфологічної структури основних типів біологічних тканин людини з часовою динамікою зміни їх оптичних параметрів, а відповідно і з установленням давності настання смерті [1, 2].

Заверюха Є.Ю., Коваленко В.О., Біляков А.М. Судово-медична експертиза ушкоджень та смерті від дії наркотичної речовини метадону.....	42
Іванов Ю.О., Михайличенко Б.В. Отруєння сурогатами алкоголю.....	44
Калашник І.Ю., Ергард Н.М. Повищення та його діагностичні ознаки.....	48
Калиновська М.С., Федорова О.А. Судово-медичний аналіз проблеми «дизайнерської наркоманії» на прикладі курительних смесей Spice.....	52
Калініна С.М., Федорова О.А. Критерії судово-психіатричного визначення невменяемости підозрюваного, хворого на шизофренію.....	55
Кармаліта А.А., Юрченко В.Т. Раптова смерть від захворювань органів центральної нервової системи та інфекційних захворювань.....	59
Кернична Х.С., Рощина І.О. Проблеми розуміння дефініції «психічне насильство» в Кримінальному праві.....	61
Кидонь Т.В., Циганій С.О. Особливості кримінальної відповідальності за сутенерство або втягнення особи в зайняття проституцією.....	63
Кирилюк Б.В., Юртин Б.І., Бабкіна О.П. Молекулярно-генетичні методи ідентифікації особи в судовій медицині.....	66
Клим Т.А., Рощина І.О. Кримінальна відповідальність неповнолітніх.....	68
Кобильчук О.С., Циганій С.О. Кримінальна відповідальність за доведення до самогубства: проблеми кваліфікації.....	70
Коломієць А.А. О проблеме установления прижизненности ожоговой травмы.....	72
Конопацька К.Ю. Поняття і види злочинів проти здоров'я населення.....	74
Кофанов А.В. Щодо можливості диференціації відстані пострілу при стрільбі з газових, «шумових» (типу Zoraki) пістолетів та револьверів набоями, спорядженими шротом.....	77

Кочнєва А.О. Кваліфікація дій співучасників при ексцесі виконавця.....	89
Курінна А.В., Кочнєва А.О. Окремі аспекти техніко-криміналістичного дослідження підписів, виконаних за допомогою технічних прийомів.....	91
Лихова С.Я. Використання спеціальних медичних знань при застосуванні норм Кримінального законодавства України.....	94
Маміна А.В., Федорова О.А. Судбно-медичний аналіз некоторых недочетов в реанимационной практике.....	97
Миринова В.І., Циганій С.О. Правове регулювання прав дітей за законодавством України.....	99
Муржа М.М., Юрченко Б.В. Судово-медична експертиза дії іонізуючого випромінювання.....	102
Омелько Г.Т., Циганій С.О. Торгівля людьми як кримінально-карне діяння.....	104
Остапенко К.С. Деякі питання кваліфікації діянь, передбачених ст. 426-1 Кримінального кодексу України.....	107
Падалиця О.М., Бабкіна О.П. Особливості мінно-вибухової травми внаслідок сучасних бойових дій.....	109
Параскевов Р.А., Ясинецька К.О., Безмертна О.М. Обґрунтування основних причини смерті від дії тупих та гострих предметів.....	111
Пачехон О.В., Андрусенко М.І. Судово-медичне значення садна.....	113
Перебийніс В.В., Цапук М.І., Ергард Н.М. Актуальні питання дитячої та материнської смертності під час пологів.....	114
Переймибіда Д.Я., Згурський П.А., Ергард Н.М. Отруєння кокаїном.....	116
Пилипенко В.М., Ергард Н.М. Юридична класифікація та експертні критерії ступеня тяжкості тілесних ушкоджень.....	117
Приліпко К.В., Бабкіна О.П. Судово-медична експертиза вкушених ран.....	120
Пухтій Т.М. Особливості розслідування контрабанди вчиненої у співучасті.....	122

«обтяжена насильством» (§ 252 КК ФРН) [1]. КК ФРН передбачає відповідальність для виконавця крадіжки в тому випадку, якщо його застають на місці злочину, і він застосовує проти іншої особи насильство або реально загрожує життю й здоров'ю для утримання у своєму володінні крадених речей. Як відомо, у КК України всі подібні дії охоплюються складом розбою. Законодавчого відображення у КК України таке твердження не має, проте Верховний Суд України роз'яснює дії, розпочаті як крадіжка, але виявлені потерпілим чи іншими особами і, незважаючи на це, продовжені винною особою з метою заволодіння майном, належить кваліфікувати як грабіж, а в разі застосування насильства чи висловлювання погрози його застосування – залежно від характеру насильства чи погрози – як грабіж чи розбій [2].

За результатами дослідження можна дійти висновку, що розбій займає вагомe місце в системі злочинів проти власності як національного законодавства так і законодавства Федеративної Республіки Німеччини. Хоча обов'язкові ознаки цього складу злочину за нормами права обох країн дещо різняться, проте єдиним залишається те, що посягання на основний об'єкт здійснюється шляхом посягання на особу, її життя та здоров'я.

Список використаних джерел

1. Кримінальний Кодекс України від 05.04.2001 № 2341-III: [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2341-14>
2. Про судову практику у справах про злочини проти власності Постанова ВС України від 06.11.2009 № 10: [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/v0010700-09>
3. Уголовный кодекс Федеративной Республики Германии / науч. ред. и вступ. ст. д-ра юрид. наук, проф. Д. А. Шестакова; предисл. д-ра права Г. Г. Йешека; пер. с нем. Н. С. Рачковой. – СПб.: Юрид. центр Пресс, 2003. – 524 с.

роз'яснення терміну «небезпечно для життя чи здоров'я насильство» як умисне заподіяння потерпілому легкого тілесного ушкодження, що спричинило короточасний розлад здоров'я або незначну втрату працездатності, середньої тяжкості або тяжке тілесне ушкодження, а також інші насильницькі дії, які не призвели до вказаних наслідків, але були небезпечними для життя чи здоров'я в момент їх вчинення [2]

У §249 Кримінального кодексу Федеративної Республіки Німеччини (далі – КК ФРН) під розбоєм розуміються застосування насильства або погрози такого застосування, яка створює небезпеку для здоров'я або життя людини з метою протиправного вилучення чужої рухомої речі для себе або третьої особи [3, с. 303]. КК ФРН називає обов'язкові ознаки розбою: заволодіння чужою річчю, насильство, небезпечно для життя та здоров'я, або погроза застосування такого насильства. Крім цього, КК ФРН як обов'язкову ознаку називає предмет – чужа річ. Але кримінальний закон Німеччини не розкриває ступінь насильства, що застосовується при вчиненні розбою. Таким чином, склад розбою за КК ФРН об'єднує по суті діяння, які в нашому законодавстві розділяються і визначаються як грабіж і розбій. З огляду на це бачимо, що поняття «розбою» за законодавством обох держав (України та ФРН) не мають суттєвої різниці. Відмінності можна спостерігати у кваліфікуючих ознаках цього складу злочину. За КК України такими є: вчинення за попередньою змовою групою осіб, поєднаний з проникненням в житло, інше приміщення чи сховище, спрямований на заволодіння майном у великих розмірах або вчинений організованою групою. КК ФРН в свою чергу виділяє такі кваліфікуючі ознаки: виконавець або учасник розбою має при собі зброю або інше небезпечно зброя; має при собі будь-яке інше зброя або засіб для того, щоб перешкодити іншій особі чинити опір своїми діями; коли особа своїми діями створює небезпеку заподіяння тяжкої шкоди життю чи здоров'ю особи; вчинення розбою бандою чи організованою групою, що створена для вчинення крадіжок та розбою; застосування зброї чи іншого небезпечного зброя; при розбою завдано тяжкі тілесні ушкодження. Варто звернути увагу, що законодавець ФРН окремо розмежовує наявність у особи зброї, і застосування зброї – обидва випадки є кваліфікуючими обставинами.

Окремим параграфом у КК ФРН виділяється така обтяжуюча обставина, як вчинення розбою, що потягло за собою смерть потерпілого. При цьому відповідальність за подібне діяння настає навіть у тому випадку, якщо смерть заподіяна з необережності [3], Пленум ВСУ пропонує кваліфікувати тяжкі тілесні ушкодження, що спричинили смерть потерпілого при розбої за сукупністю злочинів за ст. 187 і ч.2 ст. 121 КК України [2]. У кримінальному законодавстві України спеціальної норми яка включала б такі обидві обставини не передбачено.

Як розбій виділяється й такий самостійний злочин, як крадіжка,

Рощина І.О.

Вибори суддів – умова успішної боротьби з корупцією.....124

Селіверстова К.А.

Проблемні питання лікарських помилок хірургічного профілю в Україні.....126

Сіроха О.І., Ергард Н.М.

Смерть від механічної асфіксії в результаті попадання сторонніх предметів і блювотних мас у дихальні шляхи.....127

Ткаченко Р.В., Артеменко О.І.

Особливості дослідження замерзлих трупів.....130

Фальковська А.В., Федорова О.А.

Анализ неблагоприятных исходов в акушерско-гинекологической практике, пути повышения качества и эффективности оказания медицинской помощи.....132

Фальковська А.В., Федорова О.А.

Эффективность применения иммунохроматографического теста «segatec psa semiquant» в сравнительном анализе методик, направленных на определение доказательного наличия спермы на вещественных доказательствах.....137

Федорова А.В., Федорова О.А.

Лікарські помилки в стоматології.....141

Федорова А.В., Федорова О.А.

Види відповідальності за лікарські помилки.....144

Фіцай Н.А., Берзіна А.Б.

Правовий статус експерта у кримінальному провадженні.....146

Франків О.А., Бабкіна О.П.

Встановлення настання біологічної смерті.....149

Цапук М.І., Перебийніс В.В., Ворошилов К.Ф.

Недостатня підготовка хворого до наркозу як загроза для життя людини.....151

Циганій С.О.

Педагогічні умови формування культури професійно-правового спілкування в майбутніх юристів у процесі вивчення кримінально-правових дисциплін.....152

Шевчук А.А., Рощина І.О.

Форми співучасті у злочині.....155

Шустур Є.О., Циганій С.О.

Порівняльна характеристика розбою за Кримінальним законодавством України та Федеративної Республіки Німеччини.....157

Юртин Б.І., Кирилюк Б.В., Бабкіна О.П. Сучасні методи визначення давності настання смерті в судовій медицині.....	160
Ясинецька К.О., Параскевов Р.А., Соловійова Г.А. Морфологічне визначення ефективності антихелікобактерної квадротерапії.....	162

зробити висновок, що для співучасті необхідна взаємна обізнаність виконавця та інших співучасників про їхні спільні дії у вчиненні злочину.

Співучасть є доволі складним явищем в кримінальному праві вона є однією із форм злочинної діяльності і у майбутньому буде предметом для дослідження багатьма науковцями.

Список використаних джерел

1. Кримінальний кодекс України : станом на 1 вересня 2015р. / Верховна Рада України. – Офіц. вид. – Київ : Паливода А.В., 2015. – 212 с.
2. Кримінальне право України: Загальна частина: Підруч. для студ. вищ. навч. закладів освіти / За ред. професорів М.І. Бажанова, В.В. Сташиса, В.Я. Тація. – Київ-Харків.: Юрінком Інтер-Право, 2008. – 416 с.
3. Голіна В.В Кримінологія. Загальна та Особлива частини: Підручник / І.М. Даньшин, В.В. Голіна, М.Ю. Валуйська та ін.; за заг. ред. В.В. Голіни. – 2-ге вид. перероб. і доп. – Х.: Право, 2009. – 288 с.

Шустур Євгеній Олексійович

студент III курсу, 304 групи

Навчально-наукового юридичного

*Інституту Національного авіаційного
університету*

Науковий керівник – асистент

Циганій Світлана Олексіївна

Кафедра кримінального права

і процесу Навчально-наукового

*юридичного інституту Національного
авіаційного університету*

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОЗБОЮ ЗА КРИМІНАЛЬНИМ ЗАКОНОДАВСТВОМ УКРАЇНИ ТА ФЕДЕРАТИВНОЇ РЕСПУБЛІКИ НІМЕЧЧИНИ

Актуальність даної теми полягає в тому, що серед усіх корисливих насильницьких злочинів проти власності найбільш небезпечними і такими, що заслуговують особливої уваги є розбій, під час якого потерпілі позбавляються багатьох своїх матеріальних цінностей, що супроводжується псуванням або знищенням майна. Усі ці обставини викликають, підвищений резонанс і сприяють загостренню соціальної напруженості у суспільстві.

Під поняттям «розбій» у Кримінальному кодексі України (ст. 187) розуміється напад з метою заволодіння чужим майном, поєднаний із насильством, небезпечним для життя чи здоров'я особи, яка зазнала нападу, або з погрозою спричинення такого насильства [1]. В контексті цього складу злочину Пленум Верховного суду України дає таке

коли між усіма учасниками злочину була змова про спільне вчинення злочину до його початку. При цьому між співучасниками такого злочину можливий розподіл ролей. Наприклад, одним доручається відкрити сховище, другим – викрасти з нього майно, третім – забезпечити транспорт для вивезення викраденого або виконати роль спостерігача з тим, щоб не бути затриманими у момент вчинення крадіжки. Важливо встановити, що кожен із учасників злочину до початку його вчинення дав згоду на виконання певної, конкретної й обумовленої ролі для досягнення спільної злочинної мети.

Складна форма співучасті включає:

- співучасть у вузькому розумінні цього слова (кожен зі співучасників виконує певну роль у вчиненні злочину);
- злочинне угруповання (банда, організована група, незаконне воєнізоване формування чи група);
- злочинна організація.

Складна форма співучасті передбачає наявність поряд із виконавцем організатора, пособника або підбурювача (співучасть у вузькому розумінні цього слова), їх дії можуть бути як обумовлені попередньою змовою, так і не обумовлені нею. Для наявності цієї форми співучасті необхідно усвідомлення кожним учасником того, що він бере участь у спільній злочинній діяльності.

Складною формою співучасті є злочинне угруповання (співтовариство) у вигляді організованої групи та злочинної організації (ч. 3 і 4 ст. 28 КК України). Такі угруповання створюються за взаємною згодою його учасників і об'єднуються на основі спільного плану їхньої діяльності, спрямованої на вчинення, як правило, низки злочинів [1].

Щодо організованої групи, то її визначення дано в законі. У ч. 3 ст. 28 говориться, що злочин визнається вчиненим організованою групою, якщо в його готуванні або вчиненні брали участь кілька осіб (три і більше), які попередньо організувалися у стійке об'єднання для вчинення цього та інших (іншого) злочинів, об'єднаних єдиним планом з розподілом функцій учасників групи, спрямованих на досягнення цього плану, відомого всім учасникам групи [1].

Однією зі складних і найбільш небезпечних форм співучасті є злочинна організація, якою за ч. 4 ст. 28 КК України визнається стійке, ієрархічне об'єднання кількох осіб (п'ять і більше) [1], члени якого або структурні частини якого за попередньою змовою зорганізувалися для спільної діяльності з метою безпосереднього вчинення тяжких або особливо тяжких злочинів учасниками цієї організації, або керівництва чи координації злочинної діяльності інших осіб, або забезпечення функціонування як самої злочинної організації, так і інших злочинних груп [3].

Отже, виходячи з умисного характеру вини співучасників, можна

Аверіна Ольга Геннадіївна
студентка 3 курсу групи ПР-304
Навчально-наукового юридичного
інституту Національного
авіаційного університету
Науковий керівник – асистент
Циганій Світлана Олексіївна
Кафедра кримінального права
і процесу Навчально-наукового
юридичного інституту
Національного авіаційного
університету

ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА ЗЛОЧИНИ ПРОТИ ВЛАСНОСТІ У КРИМІНАЛЬНОМУ ПРАВІ ЗАРУБІЖНИХ КРАЇН

У сучасних умовах соціально-економічної нестабільності в суспільстві з особливою актуальністю постає питання кримінальної відповідальності за злочини проти власності. Вирішення проблем ефективності кримінально-правової охорони власності є нагальним не лише для України, а й для зарубіжних країн. Особливу увагу привертають держави, які мають низький рівень злочинності. Тому варто звернути увагу на те, як ці питання вирішуються в США та Великобританії?

Варто зазначити, що особливості кримінальної відповідальності в будь-якій країні зумовлені її правовими традиціями, релігійними, культурними нормами, досвідом, а також сукупністю інших факторів. Це свідчить про те, що будь-яке копіювання норм без їх детального дослідження не вирішить проблеми ефективності кримінально-правової охорони власності.

Велика Британія має кримінальне законодавство, яке не є кодифікованим. Як джерела Особливої частини кримінального права тут використовують окремі закони. Зокрема, посягання на власність передбачені в Законі про крадіжку 1968 і 1978 рр., Законі про злочинне завдання шкоди майну 1971 р. та в ін. У групі злочинів проти власності ключовим є поняття «крадіжка»: особа винна в крадіжці, якщо вона безчесно привласнила майно, яке належить іншому, з наміром назавжди позбавити його цього майна. На основі цього поняття сконструйовано інші склади: крадіжка, вчинена із застосуванням фізичного або психічного насильства, – пограбування; «*burglary*» – особа входить до будівлі, жилого приміщення, порушуючи його недоторканність, із метою вчинення там будь-якого злочину; отримання чужого майна або послуг шляхом введення в оману; вимагання – необґрунтована вимога, отримання вигоди [1].

В Англії та Уельсі «*burglary*», розглядається в Законі про крадіжку

1968 р. у розділі 9 підрозділі 1. Так у пункті «а» говориться, що будь-яка людина, яка входить до будь-якої будівлі, частини будівлі, транспортного засобу або судна з наміром викрасти, заподіяти тяжку шкоду здоров'ю, завдати ушкодження або вчинити звалтування визнається винною у вчиненні «*burglary*». У пункті «б» підрозділу 1 передбачається інший тип «*burglary*», при якому будь-яка людина, яка входить до будь-якої будівлі, частини будівлі, транспортного засобу або судна, здійснює закінчену крадіжку чи завдає тілесних ушкоджень. Фактичне закінчення є необхідним компонентом такого типу «*burglary*».

Існує також «*burglary*», вчинене при обтяжуючих обставинах відповідно до розділу 10 Закону. Обтяжуючі обставини: наявність зброї або вибухової речовини, імітація вогнепальної зброї або вибухової речовини. При цьому відсутня вимога щодо використання у вчиненні злочину вогнепальної зброї або вибухової речовини.

В більшості кримінальних кодексів у Сполучених Штатах Америки «*burglary*» вважається тяжким злочином і визначається як незаконне проникнення в приміщення з наміром (метою) вчинити там будь-який злочин (не обов'язково кримінальний злочин або крадіжку). Таким чином, засудження за «*burglary*» може мати місце, навіть якщо предмет має незначну вартість або взагалі не вкрадений [2].

Варто зазначити, що не в усіх кримінальних законах США є термін «*burglary*». Таким прикладом є штат Массачусетс (*Massachusetts*), де він формально не використовується. Замість цього, злом та будь-яка крадіжка, які вчиняються, розглядаються як окремі злочини [2]. Причому перший офіційно позначається «злом і проникнення в приміщення в нічний час (або вдень залежно від фактичних обставин) з метою вчинення тяжкого злочину (або проступку залежно від фактичних обставин) і, власне, «крадіжка» (у великих розмірах або дрібно), якщо майно було дійсно вкрадені. Цікавим є розуміння крадіжки, яка тут являє собою не тільки таємне, а й відкрите викрадення чужого майна. Як предмет крадіжки визначають не лише гроші, рухоме або нерухоме майно, а й будь-яку речовину або річ, що мають вартість. Способи вчинення крадіжок: взяття за допомогою вивертів або обману, шляхом навіювання потерпілому страху. Види крадіжок: крадіжка майна, послуг, торговельних таємниць. Серед обтяжуючих обставин є такі: у великому розмірі (понад 250 доларів США), шляхом вимагання, крадіжка таємних наукових матеріалів, кредитних карток, зброї, автотранспортних засобів. Під пограбуванням в кримінальному законі США розуміється насильницьке розкрадання із застосуванням або погрозою негайного застосування фізичної сили [3]. Обтяжуючі обставини: заподіяння тілесної шкоди потерпілому, вчинення злочину групою осіб, озброєність смертоносною зброєю, а також застосування такої зброї.

Таким чином, можна зробити висновок, що в таких розвинених країнах як Великобританія та США при кваліфікації злочинів проти

у майбутніх офіцерів МВС України в процесі навчання: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук: спец. 13.00.04 «Теорія та методика професійної освіти» / І.П. Радомський. – Вінниця, 2007. – 20 с.

Шевчук А.В.

студентка Навчально-наукового

юридичного інституту

Національного авіаційного університету

Науковий керівник – доцент

кандидат юридичних наук

Рощина Інна Олександрівна

Кафедра кримінального права

і процесу Навчально-наукового

юридичного інституту

Національного авіаційного університету

ФОРМИ СПІВУЧАСТІ У ЗЛОЧИНІ

Злочини вчиняються не лише поодиноці, дуже часто в одному злочині беруть участь двоє або більше осіб, які діють узгоджено і спрямовують свої дії на досягнення єдиного результату. У таких ситуаціях виникає питання про співучасть у злочині. Норми КК України, що регулюють поняття співучасті, форми співучасті, відповідальність співучасників, утворюють самостійний інститут кримінального права.

Співучасть у злочині є умисна спільна участь декількох суб'єктів злочину у вчиненні умисного злочину (ст. 26 КК України) [1].

Умисна діяльність двох може виявлятися у формі простої або складної співучасті.

Проста форма співучасті передбачає:

- співвиконавство без попередньої змови;
- співвиконавство за попередньою змовою.

Проста форма співучасті полягає у вчиненні кожною особою, які діють спільно, дій, що утворюють об'єктивну сторону складу конкретного злочину. У таких випадках кожен зі співучасників виступає як виконавець злочину [2]. При співвиконавстві всі учасники можуть вчинити дії одночасно (наприклад, при вчиненні вбивства в одному випадку всі наносять смертельні рани потерпілому, в другому – одні тримають жертву, інші – наносять смертельні рани) або послідовно (наприклад, при вчиненні так званої підробки грошових одиниць – ст. 199 КК України: деякі учасники цього злочину можуть виготовлювати підроблені гроші, інші – збувати, перевозити або пересилати їх) [1]. Цей вид співучасті передбачає усвідомлення кожним співвиконавцем того, що він спільно з іншими особами (співвиконавцями) вчиняє один і той самий злочин.

Співвиконавство за попередньою змовою має місце у тих випадках,

- побудова навчального взаємодії викладача та студентів в формі діалогу;
- організація в процесі навчання діалогу студентів;
- створення в процесі навчання ситуацій реального спілкування фахівців через використання активних методів навчання.

Список використаних джерел

1. Бабанский Ю.К. Методы обучения в современной общеобразовательной школе / Ю.К. Бабанский. – М.: Просвещение, 1985. – 208 с.
2. Лісниченко А.П. Підготовка майбутнього вчителя до творчої самореалізації в професійній діяльності: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.04 «Теорія і методика професійної освіти» / А.П. Лісниченко. – Вінниця, 2011. – 20 с.
3. Жигло О.О. Педагогічні умови професійного зростання викладача вищого навчального закладу: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.04 «Теорія і методика професійної освіти» / О.О. Жигло. – Вінниця, 2006. – 21 с.
4. Багрій В.Н. Формування професійних умінь майбутніх соціальних педагогів у процесі педагогічної практики : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.04 «Теорія і методика професійної освіти» / В.Н. Багрій. – Вінниця, 2010. – 20 с.
5. Шупта О. В. Формування готовності до професійної творчої діяльності майбутніх перекладачів : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук: спец. 13.00.04 «Теорія та методика професійної освіти» / О.В. Шупта. – Хмельницький, 2005. – 20 с.
6. Галицька М.М. Формування у студентів вищих навчальних закладів сфери туризму готовності до іншомовного спілкування : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.04 «Теорія та методика професійної освіти» / М.М. Галицька. – К., 2007. – 20 с.
7. Брик Т.О. Формування вмій іншомовного професійного спілкування майбутніх офіцерів у вищих військових навчальних закладах : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук: спец. 13.00.04 «Теорія і методика професійної освіти» / Т.О. Брик. – Харків, 2009. – 20 с.
8. Капітанець С.В. Педагогічні умови формування стилю професійного спілкування майбутніх офіцерів-прикордонників: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук: спец. 20.02.02 «Військова педагогіка та психологія» / С.В. Капітанець. – Хмельницький, 2001. – 18 с.
9. Чорній В.Я. Формування готовності до професійного спілкування майбутніх фахівців банківської справи: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук: спец. 20.02.02 «Військова педагогіка та психологія» / В.Я. Чорній. – Тернопіль, 2011. – 21 с.
10. Радомський І.П. Формування культури професійного спілкування

власності використовується така категорія як «*burglary*», яка має різні типи в залежності від обставин справи. Кримінальне законодавство деяких штатів не формально не містить цієї категорії та має власні особливості кваліфікації злочинів проти власності.

Список використаних джерел

1. Соловйова А.М. Становлення кримінальної відповідальності за майнові злочини за законодавством України та зарубіжних країн (романо-германської та англосаксонської правових систем) [Електронний ресурс] / А.М. Соловйова // Юридична наука. – 2015. – № 4. – 108-114 с.
2. Уголовное право США : сб. нормативных актов./ сост.: отв. ред. и автор вступ. ст. И.Д. Козочкин. – М.: Изд-во. УДН, 1985. – 4-6 с.
3. Навроцький В. О. Кримінальне законодавство зарубіжних держав: питання Особливої частини / В. О. Навроцький – Львів : юрид. фак-т Львів. держ. ун-ту ім. Івана Франка, 1999. – С. 15-24.

Білоконна Іванна Олександрівна

*студентка 2 курсу, 201 групи
Навчально-наукового юридичного
інституту Національного
авіаційного університету*

Науковий керівник – асистент

Кочнєва Аліса Олександрівна
*Кафедра кримінального права
і процесу Навчально-наукового
юридичного інституту Національного
авіаційного університету*

КРИМІНАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЮРИДИЧНИХ ОСІБ В УКРАЇНІ

Сучасний стан розвитку України вимагає фундаментальних та комплексних змін у багатьох сферах життєдіяльності держави. Без сумніву, до цього числа входить й кримінально-правова політика. Однією з найбільш актуальних проблем постає проблема кримінальної відповідальності юридичних осіб, яка дуже активно обговорюється останніми роками.

Кримінальні правопорушення визнаються вчиненими в інтересах юридичної особи, якщо вони спрямовані на отримання нею неправомірної вигоди або створення умов для отримання такої вигоди, а так само на ухилення від передбаченої законом відповідальності.

Зауважимо, що суб'єктами кримінальної відповідальності за вчинення визначених законом кримінальних правопорушень, поряд з юридичними особами, є і фізичні особи – керівники, засновники, учасники або інші

уповноважені особи юридичної особи, які діють від її імені або в її інтересах.

Також не всі юридичні особи можуть нести кримінальну відповідальність. Так, заходи кримінально-правового характеру не можуть бути застосовані судом до державних органів, органів влади Автономної Республіки Крим, органів місцевого самоврядування, організацій, створених ними у встановленому порядку, що повністю утримуються за рахунок відповідно державного чи місцевого бюджетів, фондів загальнообов'язкового державного соціального страхування, Фонду гарантування вкладів фізичних осіб, а також міжнародних організацій. Вказаний вичерпний перелік юридичних осіб визначено ст. 96-4 КК України. Виходячи із зазначеної норми Закону, всі решта підприємств, установ та організацій, які не мають відношення до державних органів, є потенційними фігурантами кримінальних правопорушень, розслідування яких буде здійснюватись органами досудового розслідування.

Підставами для притягнення до кримінальної відповідальності юридичних осіб є:

1. Вчинення уповноваженою особою підприємства, установи, організації від імені та в інтересах юридичної особи будь-якого із злочинів, передбачених ст. 209 (легалізація доходів, одержаних злочинним шляхом), ст. 306 (використання коштів, здобутих від незаконного обігу наркотиків), ч. 1, 2 ст. 368-3 (підкуп службової особи), ч. 1, 2 ст. 368-4 (підкуп особи, яка надає публічні послуги), ст. 369 (пропозиція або надання неправомірної вигоди службовій особі), ст. 369-2 (зловживання впливом) КК України;

2. Від імені юридичної особи будь-якого із злочинів, передбачених ст. 258-258-5 (тероризм) КК України [1].

При застосуванні до юридичної особи заходів кримінально-правового характеру судом враховуються ступінь тяжкості вчиненого її уповноваженою особою злочину, ступінь здійснення злочинного наміру, розмір завданої шкоди, характер та розмір неправомірної вигоди, яка отримана юридичною особою.

Чинним Кримінальним процесуальним кодексом України визначено, що оцінка доказів здійснюється слідчим, прокурором, слідчим суддею, судом за своїм внутрішнім переконанням, яке ґрунтується на всебічному, повному та неупередженому дослідженні всіх обставин кримінального провадження тощо [2]. Ці аспекти є суттєвими для вирішення питання судом про застосування до юридичної особи заходів кримінально-правового характеру.

Заходи кримінально-правового характеру суд може застосовувати до всіх осіб, крім державних та муніципальних. Серед таких заходів законодавець виділяє:

– штраф у розмірі від 5 000 до 75 000 неоподатковуваних мінімумів

визначенні педагогічних умов, за яких успішно відбуватиметься підготовка майбутніх юристів в рамках кримінально-правових дисциплін.

На думку Ю. К. Бабанського, педагогічні умови – це необхідні та достатні обставини, від яких залежить ефективність навчального процесу, вони є результатом цілеспрямованого відбору, конструювання та застосування елементів змісту, методів, а також організаційних форм навчання для досягнення мети професійної підготовки майбутніх юристів; впливають на ефективність оволодіння студентами знаннями, розвиток їх пізнавальної самостійності та навчально-пізнавальних умінь [1].

Аналізуючи сучасні педагогічні дослідження дають підстави стверджувати, що переважна більшість дослідників сходяться на думці, що успішна підготовка майбутніх фахівців до професійної юридичної діяльності в кримінально-правовій сфері можлива за таких умов: формування майбутніх фахівців на основі інтеграції змісту психолого-педагогічних і спеціально-предметних дисциплін; організаційно-методичне забезпечення рефлексивного ставлення студентів до професійної діяльності; становлення суб'єктної позиції майбутніх фахівців у процесі підготовки до професійної діяльності [2]; забезпечення контекстного підходу; формування позитивної навчальної мотивації студентів юридичної спеціальності; актуалізація професійного зростання майбутнього правознавця, сформованість комунікативної компетентності, вдосконалення професійно важливих якостей [3]; актуалізація рефлексивної здатності студентів, оптимізація розвитку морально-гуманістичних якостей [4]; оптимальне використання елементів проблемного навчання як засобу активізації навчально-пізнавальної діяльності студентів, стимулювання творчих здібностей студентів на основі нових інформаційних технологій, вияв пізнавальної самостійності студентів у розв'язанні навчальних завдань [5]; використання інноваційних технологій навчання, індивідуальний підхід до студентів [6]; формування в студентів стійкої внутрішньої мотивації щодо професійного спілкування на основі усвідомлення його значущості для професії; організація діалогічної взаємодії суб'єктів навчального процесу шляхом застосування інтерактивних форм і методів навчання [7]; моделювання в процесі навчання ситуацій майбутнього професійного спілкування [8]; використання психолого-педагогічних тренінгів під час вивчення дисциплін кримінального циклу [9]; організація навчання на принципах саморозвитку й професійного самовдосконалення студентів [10].

Таким чином, зважаючи на вищенаведена, вважаємо, що найважливішими умовами формування у майбутніх фахівців в галузі юриспруденції умінь професійного спілкування є:

– розуміння студентами необхідності придбання в процесі навчання у ВНЗ умінь професійного спілкування;

– наявність у студентів знань про процес комунікації;

шлунково-кишкового тракту. Однією з обов'язкових умов майбутньої операції є забезпечення «порожнього шлунка» для попередження такого ускладнення, як аспірація його вмісту в дихальні шляхи. Безпосередня премедикація. При необхідності планових оперативних втручань її проводять за 30-40 хвилин до введення (індукції) хворих у наркоз. При застосуванні класичної премедикації вводять внутрішньо-м'язово: а) периферичний М-холінолітик; б) антигістамінний засіб; в) наркотичний анальгетик [2].

Найчастішою причиною смерті при недостатній підготовці хворого до наркозу є аспірація блювотними масами – попадання шлункового вмісту в трахею і бронхи, що призводить до тяжких пневмоній часто з летальним результатом. Яскравим прикладом цього є випадок який трапився в одній із лікарень Рівненської області. Лікар не промив хворому шлунок перед операцією, під час операції пацієнт почав блювати. Блувотні маси потрапили в дихальні шляхи, що спричинило смерть хворого.

Отже, ми можемо зробити висновок, що підготовка хворого до наркозу є дуже важливим етапом хірургічного лікування. Обізнаність лікаря та правильна його діяльність допомагають уникнути тяжких наслідків для життя хворого.

Список використаних джерел

1. Кримінальний кодекс України // Відомості Верховної Ради України. – 2001. – № 40-41, 42. – ст. 492.
2. Ковальчук Л.Я. та ін.. Анестезіологія, реанімація та інтенсивна терапія невідкладних станів: Навчальний посібник. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – 324 с.

Циганій Світлана Олексіївна

*асистент кафедри кримінального права і процесу
Науково-навчального юридичного інституту
Національного авіаційного університету*

ПЕДАГОГІЧНІ УМОВИ ФОРМУВАННЯ КУЛЬТУРИ ПРОФЕСІЙНО-ПРАВОВОГО СПІЛКУВАННЯ В МАЙБУТНІХ ЮРИСТІВ У ПРОЦЕСІ ВИВЧЕННЯ КРИМІНАЛЬНО-ПРАВОВИХ ДИСЦИПЛІН

Сучасні реалії, реформування правоохоронних органів, судової системи ставлять перед вищою школою нові завдання, а саме, підвищення якості підготовки кваліфікованих фахівців для всіх галузей, зокрема спеціалістів з права, здатних глобально мислити та пристосовуватись до соціальних змін у суспільстві. Ця якість залежить від певних умов, які в наукових дослідженнях дістали назву «педагогічні».

Мета дослідження полягає в теоретичному обґрунтуванні та

доходів громадян;

- конфіскацію майна;
- ліквідацію.

Таким чином, внесення змін до КК України є, звичайно, позитивним кроком на шляху наближення України до Європи. Однак, як ці зміни будуть втілені в життя, як вони будуть застосовуватись на практиці та які наслідки їх втілення можуть бути до сьогодні залишається питанням часу.

Список використаних джерел:

1. Кримінальний кодекс України від 05.04.2001 № 2341-III. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/2258-15/page>.
2. Кримінальний процесуальний кодекс України від 13.04.2012 № 4651-VI. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/4651-17>.

Березинець Олександра Григорівна

*студентка 4 курсу 7 групи
медичного факультету №3
Національного медичного
університету імені О.О.Богомольця
Науковий керівник - асистент
Федорова Олена Анатоліївна
Кафедра судової медицини
та медичного права Національного
медичного університету
імені О.О. Богомольця*

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ НАСИЛЬНИЦЬКОЇ ТА НЕНАСИЛЬНИЦЬКОЇ КАТЕГОРІЇ СМЕРТІ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ЗА 2005-2014 РОКИ

В Україні показники рівня смертності залишаються на високому рівні у порівнянні з країнами Європи. Саме тому було проведено аналіз смертності населення України для встановлення найбільш загрозливих факторів, для пошуку основних чинників їх соціально-економічної диференціації та шляхів вирішення цієї проблеми. Україна, як і більшість країн колишнього Радянського Союзу, виділяється дуже низькою тривалістю життя. Однією з причин цього є значні демографічні втрати внаслідок різного роду нещасних випадків, отруєнь і ушкоджень.

В рамках проведеної роботи були проаналізовані статистичні дані, щодо смертності населення України за 2005-2014 рр. Розглядаючи ці показники [1, 2], з точки зору абсолютних чисел, ми бачимо стрімке зменшення кількості померлих, проте у відсотковому співвідношенні ці

показники доволі високі. Об'єктами дослідження були дві групи населення: дорослі люди (у віці старше 18 років) та діти (у віці до 1 року). Як не дивно, причини смертності цих доволі різних вікових груп приблизно однакові. Завдяки коефіцієнтному співвідношенню, наведеному у табл. 1, ми можемо чітко побачити питому вагу насильницької та ненасильницької смерті серед населення України.

Таблиця 1

Питома вага насильницької та ненасильницької смертності серед населення України

Показники	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Усього померлих(тис.)	782,0	758,1	762,9	754,5	706,7	698,2	664,6	663,1	662,4	632,3
З них:										
Ненасильницька смерть	712,8	693,5	696,9	693,1	657,8	654,2	622,2	621,4	622,1	592,2
Коефіцієнт ненасильницької смерті(%)	15,1	14,8	15,0	15,0	14,3	14,2	13,6	13,6	13,7	13,8
Насильницька смерть	70,0	64,6	66,0	61,4	48,9	44,0	42,4	41,7	40,3	40,1
Коефіцієнт насильницької смерті(%)	1,5	1,3	1,4	1,3	1,1	0,96	0,93	0,91	0,89	0,93

Позитивним фактом, який впливає з проведеного аналізу є те, що рівень ненасильницької смерті вищий, ніж при насильницькій. Внаслідок проведеної роботи нам вдалося встановити, що основними причинами ненасильницької смертності є:

- смерть від захворювань системи кровообігу;
- новоутворення;
- зовнішні причини.

Смерть від захворювань системи кровообігу посідає перше місце упродовж 9 років, такі показники можуть бути через високий рівень випадків захворювання серед молодого, працюючого, переважно чоловічого населення на артеріальну гіпертензію. Також негативно впливають стресові фактори та соціально-економічна ситуація в державі.

Структуру насильницької смерті наведено в табл.2.

Таблиця 2

Структура насильницької смерті серед населення України

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Усього померлих(тис.)	70,0	64,6	66,0	61,4	48,9	44,0	42,4	41,7	40,3	40,1
Основні причини:										
Транспортні нещасні випадки	9,9	9,9	11,5	9,6	6,6	5,9	5,8	5,9	5,4	3,6
Випадкове утоплення	4,2	3,9	4,3	3,5	3,0	3,2	2,6	2,7	2,4	1,9
Нещасні випадки	5,7	5,0	4,2	4,4	3,4	2,7	2,3	1,5	1,0	0,6
отруєння	14,1	12,2	11,7	11,5	8,4	6,6	6,4	6,7	6,4	3,4
З них випадкове отруєння та дія алкоголю	10,2	8,7	8,5	8,6	6,1	4,5	4,3	4,6	4,5	2,2
Навмисне самоушкодження	10,6	10,0	10,0	9,5	9,7	9,1	9,0	9,1	9,4	6,3
Вбивства чи нанесення ушкодження	4,5	4,2	4,2	3,8	3,1	2,8	2,5	2,3	2,2	2,1

Цапук Марко Ігорович

студент 2 групи 4 курсу
факультету підготовки лікарів
для збройних сил України
Національного медичного
університету ім. О.О.Богомольця

Перебийніс Вікторія Володимирівна

3 медичного факультету
Національного медичного
університету ім. О.О.Богомольця

Науковий керівник – начальник Київського
обласного бюро судово-медичної експертизи

Ворошилов Костянтин Федорович

НЕДОСТАТНЯ ПІДГОТОВКА ХВОРОГО ДО НАРКОЗУ, ЯК ЗАГРОЗА ДЛЯ ЖИТТЯ ЛЮДИНИ

Загальне знеболювання, або наркоз, – стан, що характеризується тимчасовим виключенням свідомості, больової чутливості, рефлексів і розслабленням скелетних м'язів, викликане впливом наркотичних речовин. Недостатня підготовка хворого до наркозу призводить до тяжких наслідків, навіть до смерті.

Причиною смерті може бути нещасний випадок (несприятливий наслідок викликаний обставинами, які лікар не міг передбачити і усунути); лікарська помилка (об'єктивні чи суб'єктивні причини при наявності пом'якшуючих обставин) – недостатні діагностика, досвід, вміння лікаря при його добросовісності; медичне правопорушення і професійний злочин (порушення професійних обов'язків – халатність, легковажність, злочинна недбалість) [1].

Актуальність цієї теми полягає в тому, що будь-яке оперативне втручання неможливе без анестезії, але й анестезія потребує правильної підготовки.

При підготовці хворого до анестезії лікар-анестезіолог повинен оцінити стан хворого та провести корекцію виявлених розладів життєзабезпечення, щоб попередити ускладнення, можливі під час операції – тобто створити такі умови, щоб провести анестезіологічне забезпечення з найбільшою адекватністю та найменшою шкодою для хворого.

Передопераційна підготовка хворих (премедикація) поділяється на віддалену та безпосередню.

Віддалена підготовка – комплекс заходів, які проводять хворим в переддень операції з метою їх підготовки до анестезіологічного забезпечення. Одним із завдань анестезіолога є забезпечення психоемоційного спокою у хворих напередодні операції. Підготовка

спинного мозку;

- відсутність реакції зіниць на пряме яскраве світло;
- нерухомі очні яблука (очі ляльки);
- відсутність корнеальних рефлексів;
- відсутність окулоцефалічних рефлексів;
- відсутність окуловестибулярних рефлексів;
- відсутність фарингіальних та трахеальних рефлексів, які

визначаються шляхом руху ендотрахеальної трубки в трахеї та верхніх дихальних шляхах, а також при просуванні катетера в бронхах для аспірації секрету;

– відсутність самостійного дихання. Визначати відсутність дихання не дозволяється простим відключенням від апарата штучної вентиляції легенів, оскільки гіпоксія, яка при цьому розвивається, шкідливо впливає на організм, передусім на мозок і серце.

Крім цього, необхідно використовувати інструментальні (підтверджувальні) методи діагностики настання біологічної смерті. До них відносять:

– транскраніальна доплеросонографія, яку виконують тричі з проміжком у 30 хвилин. Виявляють відсутність діастолічного мозкового кровотоку або низький з поодинокими піками систолічний мозковий кровотік;

– визначення парціального тиску кисню в артеріальній крові та крові з яремної вени тричі з проміжком у 30 хвилин. Встановлюють відсутність артеріовенозної різниці за парціальним тиском кисню;

– двократна контрастна панангіографія чотирьох магістральних артерій голови (двох загальних сонних та двох вертебральних) з інтервалом не менше 30 хвилин. Підтверджується відсутність мозкового кровотоку у внутрішньомозкових судинах.

Смерть мозку констатують на підставі тільки клінічних діагностичних критеріїв тоді, коли виключені такі впливи: інтоксикація, у тому числі медикаментозна, або на підставі клінічних діагностичних критеріїв, доповнених одним із підтверджувальних (інструментальних) діагностичних критеріїв.

Список використаних джерел

1. Наказ МОЗ України «Про встановлення діагностичних критеріїв смерті мозку та процедури констатації моменту смерті людини» від 23.09.2013р. №821.

2. Мішалов В.Д. Визначення давності настання смерті у судово-медичній експертизі: Методичні рекомендації. – К.: Рекомендовано до видання Вченою радою Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, як методичні рекомендації, 2012. – 39 с.

3. Eelco F. M.: The clinical criteria of brain death throughout the world: why has it come to this. CAN J ANESTH 2006 / 53: 6 / - P. 540–543.

Проаналізувавши показники насильницької категорії смерті, більш детальну увагу хочеться звернути на зовнішні причини смерті.

Навмисні самоушкодження стали ключовими чинниками, що зумовили різкий підйом смертності від зовнішніх причин. Нині вбивства й самогубства є причиною чверті усіх смертей від зовнішніх впливів. Транспортні нещасні випадки, посідаючи друге місце, мають значну тенденцію до зменшення.

Не варто забувати про зовнішні причини смерті під дією алкоголю. Половина вчинених злочинів відбуваються під дією алкоголю на організм людини. В різних вікових категоріях у випадку насильницької і ненасильницької смерті відсоток настання смерті в результаті вживання алкоголю був доволі значний і коливався в межах від 20 до 50%.

Як убачається з наведеного в рис. 1, порівняльного графіку, рівні показників насильницької та ненасильницької смертності не значно змінювались впродовж 9 років в залежності від соціально-економічних факторів, культурного розвитку населення та інших причин.

Загалом, рівень насильницької смерті зменшувався, проте у період з 2005 по 2014 роки мав два піки: у 2007 рівень смертності збільшився на 7,7%, а у 2009 році цей показник зменшився на 15,4%. Однак, після трагічних подій, котрі розпочалися у 2014 році – смертність населення внаслідок спротиву на Майдані, АТО, – показники знову підвищилися: на 4,5% насильницька смерть, та 0,7% ненасильницька.

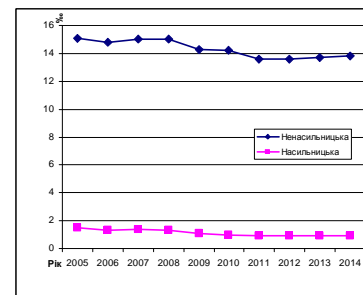


Рис.1. Графік насильницької та ненасильницької смерті

Так як, було встановлено, що найбільшу питому вагу серед чинників, які сприяють настанню смерті складає факт алкогольного сп'яніння, то вважаємо за необхідне посилити профілактичну роботу нашого уряду та всіх фахових установ по запобіганню зловживанням алкоголю серед усіх вікових груп. З цією метою необхідно проводити постійне широке інформування всіх верств населення про негативні фізичні та психічні, а також кримінальні наслідки надмірного споживання алкоголю не лише через ЗМІ, а й через пропаганду здорового способу життя в усіх освітніх та громадських закладах.

Список використаних джерел

1. Статистичний щорічник України за 2013 рік. – К., 2014. – 320 с.
2. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України 2014 рік/ за ред.. Квіташвілі О.; МОЗ України «УІСД МОЗ України». – К., 2015. – 36-128 с.

Березинець Олександра Григорівна

студентка 4 курсу медичного факультету №3 7 групи Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

Науковий керівник – асистент

Федорова Олена Анатоліївна

Кафедра судової медицини та медичного права Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ НАСИЛЬНИЦЬКОЇ ТА НЕНАСИЛЬНИЦЬКОЇ СМЕРТІ ДІТЕЙ ДО 1 РОКУ В УКРАЇНІ ЗА 2005-2014 РР.

Метою проведеного порівняльного аналізу смертності дітей до 1 року стало виявлення її основних причин та шляхів її викоринення. Відомо, що дитяча смертність в Україні також посідає значне місце. Хоча у порівнянні з країнами СНД цей показник знаходиться не на останньому місці, деякі дані, котрі нам вдалося знайти, вражають. За даними документів статистичної звітності [1, 2], як і у дорослого населення, у дітей ненасильницька смертність посідає перше місце. Найчастішими причинами смерті серед дітей є окремі стани, що виникають у пренатальному періоді. У 2014 році, в порівнянні з 2005 роком цей показник збільшився, проте він зменшився порівняно з 2013 роком. Друге місце посідають вроджені вади розвитку, хромосомні деформації та аномалії. Цей показник поступово зменшується і ми маємо завдячити значному розвитку акушерської діагностики. На третьому місці, як і у дорослого населення, знаходяться зовнішні причини.

Варто також звернути увагу на показники смертності дітей за статевими ознаками, які наведені у таблиці 1.

Хлопчиків в Україні кожного року народжується більше, ніж дівчаток. Але дівчатка виявляються стійкішими до умов зовнішнього середовища та менше піддаються впливам хромосомних аномалій та дефектів.

Франків Ольга Андріївна

студентка 3 групи, 4 курсу медичний факультет №2

Науковий керівник – професор

доктор медичних наук

Бабкіна Олена Петрівна

Кафедра судової медицини та медичного права Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

ВСТАНОВЛЕННЯ НАСТАННЯ БІОЛОГІЧНОЇ СМЕРТІ

Проблема вмирання і смерті – дуже складні питання, які потребують правильної діагностики. Смерть – завершальна фаза індивідуального існування кожного організму, яка проходить декілька періодів. Причини смерті, а також деякі зовнішні фактори значно впливають на розвиток і прояви, а, відповідно, і діагностику періодів смерті, що необхідно враховувати при наданні медичної допомоги і диференційної діагностики клінічної та біологічної смерті [2, 3].

Клінічна смерть – характеризується зупинкою дихання та кровообігу, однак ці зміни протягом декількох (5-6 хв.) хвилин є зворотними. В основі цієї смерті є своєрідний гіпоксичний стан організму (ЦНС), з відсутністю регуляції життєво важливих функцій. Тому відсутність дихання, діяльності серця, функціонування ЦНС вважають за ймовірні, або орієнтовні, ознаки смерті. Ймовірними їх називають тому, що при наявності цих ознак факт настання смерті встановити неможливо. Вони нерідко спостерігаються при різних обставинах, коли життєві процеси перебігають на мінімальному рівні. Лікар, при наявності ймовірних ознак смерті, які мають ґрунтуватися на клінічних даних, може повернути людину до життя.

Біологічна смерть (мозкова смерть) – це незворотне припинення життєдіяльності організму, яке настає після клінічної смерті; початок аутолітичних процесів.

Правильне визначення критеріїв настання біологічної смерті є дуже важливим на сьогоднішній день. В повному обсязі клінічні діагностичні критерії смерті мозку викладені в Наказі МОЗ України «Про встановлення діагностичних критеріїв смерті мозку та процедури констатації моменту смерті людини» від 23.09.2013р. №821 [1]. Згідно з цим Наказом, до критеріїв смерті мозку належать:

- повна та стійка відсутність свідомості;
- атонія всіх груп м'язів;
- відсутність реакції на больові подразнення в зоні тригемінальних точок та інших рефлексів, що замикаються вище шийного відділу

України «Про судову експертизу» [2].

Аналізуючи це положення, можна помітити, що законодавець ввів заборону експерта за власною ініціативою збирати матеріали для проведення експертизи, оскільки цей обов'язок покладено на осіб, які залучають експерта для проведення експертизи.

За завідомо неправдивий висновок, відмову без поважних причин від виконання покладених обов'язків у суді, невиконання інших обов'язків експерт несе кримінальну відповідальність (стаття 384 Кримінального кодексу України [3]). Окрім того, судовий експерт на підставах і в порядку, передбаченими законодавством, може бути притягнутий до дисциплінарної, матеріальної чи адміністративної відповідальності.

Згідно зі ст. 69 КПК України не можуть бути експертами особи, які перебувають у службові або іншій залежності від сторін кримінального впровадження або потерпілого [2]. Доповнює це положення ст. 11 Закону України «Про судову експертизу», за якою не може бути експертом особа, яка визнана недієздатною, має не зняту або не погашену судимість або на яку протягом останнього року накладалось адміністративне стягнення за винесення корупційного правопорушення або дисциплінарне стягнення у вигляді позбавлення кваліфікації судового експерта [4].

Таким чином, експерт є самостійними учасниками кримінального провадження. Водночас, подальші дослідження їх правового статусу є актуальним як на теоретичному, так і на практичному рівні. Це дозволить на практиці покращити механізми захисту порушених прав учасників кримінального провадження, і в першу чергу потерпілого або ж обвинуваченого.

Список використаних джерел

1. Конституція України від 28 червня 1996 року // Відомості Верховної Ради України. – 1996. – № 30. – Ст. 141.
2. Кримінальний процесуальний кодекс України : Кодекс України від 13 квітня 2012 р. № 4651-VI // Відомості Верховної Ради України. – 2013. – № 9-10, № 11-12, № 13. – Ст. 88.
3. Кримінальний кодекс України: Кодекс України від 05.04.2001 № 2341-III // Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2001. – № 25-26. – Ст.131.
4. Про судову експертизу: Закон України від 25.02.1994 № 4038-XII // Відомості Верховної Ради України. – 1994. – № 28. – Ст. 232.

Таблиця 1

Показники загальної смертності дітей до 1 року в динаміці досліджуваного періоду

Стать	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Хлопчики	2467	2628	3039	2892	2724	2647	2603	2496	2309	2124
Дівчата	1792	1805	2149	2157	2077	1917	1908	1875	1721	1532
Разом	4259	4433	5188	5049	4801	4564	4511	4371	4030	3656

Питома вага насильницької та ненасильницької смертності серед дітей віком до 1 року наведена в таблиці 2.

Таблиця 2

Питома вага насильницької та ненасильницької смертності серед дітей України віком до 1 року

Показники	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Усього померлих	4259	4433	5188	5049	4801	4564	4511	4371	4030	3656
З них:										
Ненасильницька смерть	3914	4083	4857	4736	4503	4295	4249	4132	3811	3436
Коефіцієнт ненасильницької смерті(‰)	9,1	9,0	10,3	9,4	8,8	8,6	8,5	7,9	7,6	7,2
Насильницька смерть	345	350	331	313	298	269	262	239	219	220
Коефіцієнт насильницької смерті(‰)	0,9	0,8	0,7	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5

Внаслідок проведеного аналізу виявилось, що у коефіцієнтному співвідношенні дитячої смертності немає сильних коливань, що є позитивним фактом. Проте, варто звернути увагу на рівень насильницької смерті серед померлих цієї вікової групи.

Вона невинно зменшувалась з кожним роком і досягла величезного спаду у 2013 році, але різко підвищений показник у 2014 році (+25%) дає нам змогу замислитись про становище, у якому знаходяться новонароджені та діти до 1 року життя, дані наведені у таблиці 3.

Таблиця 3

Динаміка показників загальної смертності дітей до 1 року в Україні

Категорія смерті	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ненасильницька смерть(%)	---	-1,1	+14,4	-8,7	-6,4	-2,3	-1,2	-7,1	-3,8	-5,3
Насильницька смерть(%)	---	-11,1	-12,5	-14,3	0	-16,7	0	0	-20,0	+25,0

Наступним етапом дослідження стало порівняння показників ненасильницької та насильницької смерті серед дорослого населення та

дітей у віці до 1 року. Графіки співвідношення показників наведено в рис. 1, 2.

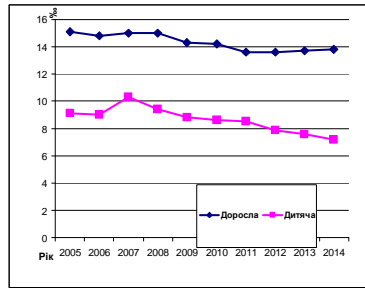


Рис. 1. Графіки співвідношення показників ненасильницької смерті серед дорослого населення та дітей до 1 року

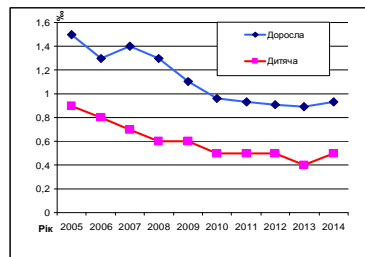


Рис. 2. Графіки співвідношення показників насильницької смерті серед дорослого населення та дітей до 1 року

Наведені графіки допомагають чітко усвідомлювати хвилеподібний характер смертності в Україні.

Висновки та пропозиції. В результаті проведеного аналізу виявилась позитивна особливість в тому, що смертність дітей до 1 року значно менша за смертність дорослого населення. Однак, різке збільшення насильницької смерті у 2014 році дають підставу для більш глибокого аналізу причин, що викликали це несприятливе явище.

З точки зору майбутнього педіатра, варто наголосити про те, що насильницька смерть деяких дітей настала внаслідок злочинних дій (дітовбивство, вбивство батьками своєї дитини) або недбалства з боку батьків. Тому вважаємо за необхідне посилити інформаційно-профілактичну роботу з вагітними, батьками та медичним персоналом в стаціонарних відділеннях медичних установ за двома напрямками: 1. Медико-соціальним, яке буде орієнтувати всіх осіб на профілактику травм та отруєнь у дітей, 2. Юридичним, який забезпечить знання батьків про їх кримінальну відповідальність в разі неналежного догляду за дитиною та навмисного спричинення шкоди здоров'ю дітей.

кодексу України 2012 року (далі – КПК України) та зміни в системі кримінальної юстиції зумовлюють актуальність визначення правового статусу окремих учасників кримінального провадження. Такими учасниками, відповідно до обраної тематики, є експерт та спеціаліст, правовий статус яких, після прийняття КПК України, набув нового правового формулювання.

Експертом можуть бути особи, які володіють спеціальними знаннями. Правовий статус експерта визначається з урахуванням ст. 61 КПК України, за якою експертом у кримінальному провадженні є особа, яка володіє науковими, технічними або іншими спеціальними знаннями, має право відповідно до Закону України «Про судову експертизу» на проведення експертизи і якій доручено провести дослідження об'єктів, явищ і процесів, що містять відомості про обставини вчинення кримінального правопорушення, та дати висновок з питань, які виникають під час кримінального провадження і стосуються сфери її знань [2].

У кримінальному провадженні є суттєва різниця між експертом та спеціалістом. Це різні учасники кримінального провадження і якщо експерт досліджує вже одержані докази і дає висновок, який має самостійне доказове значення, то спеціаліст покликаний надати допомогу в збиранні доказів. Тому процесуальне становище спеціаліста й експерта дещо різне. Наприклад, спеціаліст може вказати адвокату на об'єкти, котрі в майбутньому можуть набути статусу речових доказів. В практичній же діяльності захисника у конкретному кримінальному провадженні виникають питання щодо необхідності проведення експертного дослідження в конкретній ситуації і з'ясування того, що тягне за собою обов'язкове призначення експертизи в цьому випадку, або ж достатньо лише консультації спеціаліста.

До прав експерта, відповідно до ч. 3 ст. 69 КПК України, відносять такі: 1) знайомитися з матеріалами кримінального провадження, що стосуються предмета дослідження; 2) заявляти клопотання про надання додаткових матеріалів і зразків та вчинення інших дій, пов'язаних із проведенням експертизи; 3) бути присутнім під час вчинення процесуальних дій, що стосуються предметів та об'єктів дослідження; 4) викладати у висновку експертизи виявлені в ході її проведення відомості, які мають значення для кримінального провадження і з приводу яких йому не були поставлені запитання; 5) ставити запитання, що стосуються предмета та об'єктів дослідження, особам, які беруть участь у кримінальному провадженні; 6) одержати винагороду за виконану роботу та відшкодування витрат, пов'язаних із проведенням експертизи і викликом для надання пояснень чи показань, у разі, якщо проведення експертизи не є службовим обов'язком особи, яка залучена як експерт; 7) заявляти клопотання про забезпечення безпеки у випадках, передбачених законом; 8) користуватися іншими правами, що є в Законі

наявності причинно-наслідкового зв'язку з настанням шкоди. Для визначення дефектів у наданій медичній допомозі чи послугі, судом беруться до уваги чинні стандарти та протоколи з певної спеціальності та призначається експертиза.

Найбільш вагомим доказом наявності чи відсутності дефектів у наданні медичної допомоги є судово-медична експертиза. Експерт чи група експертів надають свій висновок на підставі наданої медичної документації.

Тому, кожен лікар має не тільки пам'ятати про правила ведення медичної документації, але й вести документацію належним чином.

Якісна медична допомога має надаватися в повній відповідності до стандартів діагностики та лікування тієї чи іншої хвороби. У разі лікарської помилки повинні бути встановлені недоліки надання медичної допомоги, невідповідність дій медичного працівника існуючим в сучасній медицині правилам, нормам, стандартам.

Висновок. В муніципальних стоматологічних поліклініках працюють різні категорії співробітників, що відрізняються за віком, професійною та психологічною підготовкою, за відношенням до своєї спеціальності. Тому досягти зниження правових помилок у такій ситуації можна тільки при постійній роботі персоналу ЛПУ з юристами і психологами, підвищуючи значимість проблеми взаємовідносин між виробником і споживачем стоматологічних послуг. Особливо важливо проводити таку роботу з «віковими» лікарями-стоматологами муніципальних ЛПУ, які нерідко відчувають синдром «професійної втоми».

Фіцай Н.А.

*студентка Київського
професійно-педагогічного*

коледжу імені Антона Макаренка

Науковий керівник – старший викладач

кандидат юридичних наук

Берзіна Анжела Борисівна,

Кафедра судової медицини та

медичного права Національного

медичного університету

імені О.О. Богомольця

ПРАВОВИЙ СТАТУС ЕКСПЕРТА У КРИМІНАЛЬНОМУ ПРОВАДЖЕННІ

В Конституції України зазначено, що людина, її життя та здоров'я, честь та гідність, недоторканність та безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю [1]. Реформування кримінально-процесуального законодавства, прийняття Кримінального процесуального

Список використаних джерел

1. Статистичний щорічник України за 2013 рік. – К., 2014. – 322-323 с.
2. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України 2014 рік/ за ред.. Квіташвілі О.; МОЗ України «УІСД МОЗ України». – К., 2015. – 36-128 с.

Бідюк Віктор Вікторович

студент IV курсу 2 групи ФПЛ ЗСУ

Національного медичного університету

імені О.О. Богомольця

Науковий керівник – завідувач

відділу експертизи трупів

Київського міського клінічного

бюро судово-медичної експертизи

Юрченко Богдан Володимирович

МЕХАНІЗМИ ДІЇ КУЛІ НА ТІЛО ЛЮДИНИ ЗАЛЕЖНО ВІД КІНЕТИЧНОЇ ЕНЕРГІЇ. ГІДРОДИНАМІЧНА ДІЯ

У судово-медичній практиці має місце експертиза у випадках вогнепальних ушкоджень. Частота випадків вогнепальних ушкоджень значно більша під час бойових дій. У мирний час вони трапляються значно рідше, в силу обмеженої кількості людей, яким, відповідно до законодавства, дозволено зберігання та використання вогнепальної зброї.

При розслідуванні злочинів, пов'язаних з експертизою вогнепальних ушкоджень, особливого значення набуває огляд місця події, для вирішення питань поставлених органами досудового розслідування.

При натисканні на спусковий гачок, бойок вогнепальної зброї б'є в капсуль, в результаті чого капсульний склад вибухає, через запалювальні отвори порох запалюється, при його згоранні в замкненому середовищі створюється великий тиск газів (2000-3000 атмосфер), який виштовхує снаряд (кулю, шрот, картеч) у канал ствола. Куля набуває при цьому поступального і обертального руху зі швидкістю до 800-1200 м/с. Куля, залишивши канал ствола зброї, набуває певної кінетичної енергії, «живої сили», що обумовлює пошкоджувальну силу снаряду [1].

«Живу силу» снаряду можна вирахувати за загальноприйнятою формулою кінетичної енергії:

$$E = mv^2/2; m = p/g = p/10; E = pv^2/20, \text{ де}$$

E – кінетична енергія;

P – вага снаряду;

V – швидкість снаряду;

g – прискорення вільного падіння (= 9.81054 м/с² для Києва).

Дивлячись на цю формулу, можна відмітити, що кінетична енергія

кулі прямо пропорційно залежить від її маси та швидкості. Що більша швидкість і маса снаряду, то більша його кінетична енергія. В залежності від величини кінетичної енергії, куля, влучаючи в м'які тканини тіла людини, спричиняє різноманітні ушкодження. Так виділяють чотири пояси, або види дії кулі: розривну, пробивну, клиноподібну і контузійну.

Розривна дія характеризується тим, що куля, маючи велику кінетичну енергію (до тисячі джоулів при пострілі з гвинтівки) виявляє руйнівну силу: утворюються величезні розриви шкіри, дробляться кістки, руйнуються внутрішні органи. Іноді утворюється суцільне вогнище руйнування, де не завжди вдається виявити вхідний і вихідний кульові отвори.

Пробивна дія характеризується тим, що куля діє як пробійник, вибиваючи в ушкоджених твердих (щільних) середовищах мінус-дефект тканини. Куля при цьому має кінетичну енергію в кілька сотень джоулів. Вона вибиває і виносить частинки тканини на своїй поверхні, залишаючи їх в об'єктах, крізь які вона проходить після цього.

Клиноподібна дія проявляється тоді, коли кінетична енергія кулі різко послаблена і вимірюється в десятках джоулів. Куля входить у щільну тканину як клин і розсуває її. Шкіра в таких випадках розривається за ходом її сполучнотканинних волокон, утворюючи різної форми отвори, краї яких легко збігаються.

Контузійна дія характеризується тим, що куля втрачає свою швидкість, енергію і, вдаряючись об тіло людини, дещо травмує його. На місці удару на шкірі виникає садно або синець, а іноді поверхнева рана. Тобто за механізмом ушкодження куля нагадує удар тупим предметом [3].

При вогнепальних ушкодженнях велика енергія кулі у вигляді ударної хвилі в раньовому каналі раптово передається оточуючим тканинам, спричиняючи їх коливання. При цьому за кулею, що рухається, утворюється пульсуюча порожнина, коливання якої передаються на суміжні органи і тканини. Внаслідок цього дія кулі на тіло людини складається з прямого удару і бічної дії снаряду, яка спрямована урізнібіч. У вогнепальній рані виділяють три ділянки:

- безпосереднього раньового каналу;
- удару тканини стінок каналу 1-2 см завширшки;
- молекулярного струсу тканини, яка поширюється до 4-5 см і більше.

Остання ділянка виявляється через кілька годин або діб, проявляється збільшенням крововиливів і дистрофією тканини [2].

У разі потрапляння кулі в органи, які містять у невеликій замкненій порожнині, обмеженій стінками, рідину або напіврідке середовище, вона проявляє **гідродинамічну дію**, тобто передає свою енергію частинкам цього середовища і створює такий значний тиск на стінки, що вони руйнуються. Така дія спостерігається, коли куля проходить крізь серце під час діастолі, переповнений сечовий міхур, головний мозок, печінку тощо [3].

знаходяться в суперечності з загально визнаними і загально прийнятими правилами медицини. При цьому, медичний працівник в силу отриманої освіти та займаної посади повинен був усвідомлювати, що дії його є неправильними і тому можуть заподіяти шкоду хворому. Ці об'єктивно неправильні дії сприяли настанню несприятливих наслідків – смерті хворого або заподіяння істотної шкоди його здоров'ю.

Отже, відповідно до Кримінального кодексу України особа підлягає кримінальній відповідальності лише за ті небезпечні наслідки, щодо яких встановлено його вина. Кримінальна відповідальність за невинне заподіяння шкоди, не допускається.

Винною у злочині визнається особа, яка вчинила діяння навмисно або з необережності. Навмисне вчинення «медичного» злочину зустрічається не так часто. В переважній більшості випадків правопорушення медичними працівниками вчиняються з необережності (діяння, вчинене з легковажності чи недбалості).

Злочин може бути і визнається вчиненим з легковажності, якщо особа передбачала можливість настання суспільно небезпечних наслідків своїх дій (бездіяльності), але без достатніх до того підстав самовпевнено розраховувало на запобігання цих наслідків.

Злочин визнається вчиненим з недбалості, якщо особа не передбачала можливості настання суспільно небезпечних наслідків своїх дій (бездіяльності), хоча за необхідної пильності і передбачливості мала й могла передбачити ці наслідки.

У медичній практиці недбалість визначається як істотна розбіжність у порівнянні з загально прийнятими нормами дій медичних працівників зі схожими освітою і досвідом, що призвело до шкоди для здоров'я даного пацієнта.

При встановленні того, чи мала місце недбалість, суди дотримуються тих же визначень, які вони використовують при розгляді будь-яких інших цивільних позовів або кримінальних проваджень. Головне питання, на яке потрібно відповісти судді – чи мало місце неналежне виконання стороною своїх зобов'язань? Іншими словами, чи було лікування, застосоване лікарем, нижче того стандарту лікування, який встановлено законом, і, отже, чи можна говорити про наявність цивільно-правового порушення або кримінально караного діяння.

Головне і найважче завдання, яке повинен вирішити постраждалий пацієнт в судовому розгляді, – це тягар доведення того, що недбалість лікаря стала причиною завданої шкоди. Позивач повинен довести не те, що лікар не зміг його вилікувати від недуги, а те, що при лікуванні він істотно відхилився від загально прийнятих норм, що негативно вплинуло на стан здоров'я позивача.

Доведення вини медичних працівників. Залучення до кримінальної або цивільно-правової відповідальності вимагає доведення провини,

Федорова А. В.

студентка 4 курсу стоматологічного факультету № 17 групи

Національного медичного університету імені О.О.Богомольця

Науковий керівник – асистент

Федорова Олена Анатоліївна

Кафедра судової медицини та медичного права

Національного медичного

університету імені О.О.Богомольця

Список використаних джерел:

1. Судова медицина / за ред. Б.В. Михайличенка. Книга 1. – К., ВСВ «Медицина», 2011. – 185 с.

2. Визначення зажиттєвості, давності і послідовності утворення ушкоджень. – К., НМАПО ім. П.Л. Шупика / Мішалов В.Д., Завальнюк А.Х., Юхимець І.О., Петрошак О.Ю. – 2012. – 33 с.

3. Лісовий А.С., Голубович Л.Л., Голубович П.Л. та ін. Судова медицина. Підручник. – К.: Атака, 2003. – 512 с.

Борисенко Л.О.

студентка Навчально-наукового

юридичного інституту

Національного авіаційного університету

Науковий керівник – доцент

кандидат юридичних наук

Рощина Інна Олександрівна

Кафедра кримінального права

і процесу Навчально-наукового

юридичного інституту Національного

авіаційного університету

ВИДИ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ЗА ЛІКАРСЬКІ ПОМИЛКИ

Кримінальний кодекс України у розділі «Злочини проти життя та здоров'я особи» налічує 11 «медичних» статей, за якими може бути притягнуто до відповідальності медичного працівника (ст. 131, 132, 136, 137, 139, 140, 141-145).

Як такого законодавчо закріпленого поняття «лікарська помилка» не існує. Законодавству термін «лікарська помилка» невідомий, але юристи, як правило, його застосовують у всіх випадках настання несприятливих подій для пацієнта – чи зумовлені вони реальними дефектами надання медичної допомоги, чи порушеннями з боку пацієнта, чи знеацька виникли (є казусом).

Стаття 1172. Відшкодування юридичною або фізичною особою шкоди, завданої їхнім працівником чи іншою особою.

1. Юридична або фізична особа відшкодовує шкоду, завдану їхнім працівником під час виконання ним своїх трудових (службових) обов'язків.

2. Замовник відшкодовує шкоду, завдану іншій особі підрядником, якщо він діяв за завданням замовника.

3. Підприємницькі товариства, кооперативи відшкодовують шкоду, завдану їхнім учасником (членом) під час здійснення ним підприємницької або іншої діяльності від імені товариства чи кооперативу.

Якщо шкода заподіяна у державному чи приватному ЛПЗ, то відповідачем у цивільній справі буде виступати юридична особа, а якщо пацієнт звертався до приватно практикуючого лікаря, то відповідач – безпосередньо заподіювач шкоди, тобто лікар.

Кримінальним кодексом України зазначено, що для настання відповідальності за вчинений злочин необхідні 3 умови: умисел, вина та причино-наслідковий зв'язок між діями медичного працівника та наслідками для здоров'я чи життя людини. Тобто, дії медичного працівника в конкретному випадку були об'єктивно неправильними, що

ПОТЕРПІЛИЙ У КРИМІНАЛЬНОМУ КОДЕКСІ УКРАЇНИ: ПОНЯТТЯ, ОЗНАКИ, ВИДИ

Дослідження теорії кримінального права, положень кримінального закону та практики його застосування дають підстави для висновку, що потерпілий від злочину та обставини, пов'язані з ним, мають значення для встановлення соціальної сутності злочину, з'ясування характеру та ступеня його суспільної небезпечності, криміналізації та декриміналізації діянь, диференціації кримінальної відповідальності. Потерпілий та обставини, пов'язані з ним, дозволяють відмежувати один злочин від іншого; є ознаками складу значної кількості злочинів; сприяють конкретизації інших ознак складу; враховуються при кваліфікації злочинів та призначенні покарання, а також при вирішенні питань чинності закону про кримінальну відповідальність у просторі, звільнення від кримінальної відповідальності та відбування покарання.

У юридичній літературі часто зустрічаються думки про те, що поняття потерпілого від злочину є частиною поняття предмета злочину або ж, що вказані поняття варто розглядати як перехресні. Однак, нашу думку, з такими судженнями не можна погодитися. Потерпілий від злочину та предмет злочину мають різні ознаки.

Проблема потерпілого від злочину в кримінальному праві має комплексний і міжгалузевий характер. За загальним правилом потерпілим визнається фізична особа, якій злочином безпосередньо заподіяно

моральну, фізичну або майнову шкоду.

Потерпілий – соціальний суб'єкт, учасник соціальної взаємодії, суспільних відносин. Предмет – це матеріальне чи ідеальне благо, річ або явище, з приводу якого існують відносини між соціальними суб'єктами. Потерпілому злочин завжди заподіює шкоду; предмету ж у разі вчинення злочину шкода може і не заподіюватися. Отже, поняття потерпілого від злочину та предмета злочину не збігаються ані за змістом, ані за обсягом (навіть, частково) [1].

Суттєвими ознаками потерпілого у кримінальному праві треба визнати його:

- стан фізичної особи;
- властивість бути об'єктом загально превентивної дії кримінального закону;
- здатність відчувати захищеність кримінального закону та її втрату;
- безпосереднє спричинення шкоди (або загроза заподіяння такої) як зв'язок конкретного потерпілого із конкретним злочинцем;
- здатність свідомо чи ні сприймати органами чуття зменшення або втрати майнових чи немайнових благ, пережити з цього приводу;
- здатність потерпілого впливати на кримінально-правові наслідки вчинення злочину (наприклад, у окремих випадках попередньо вирішувати питання про звільнення від кримінальної відповідальності чи призначення покарання).

У своїй сукупності потерпілий від злочину та його поведінка мають важливе кримінально-правове значення, оскільки враховуються при кваліфікації злочинів і призначенні покарання. Сама ж кримінально-правова оцінка поведінки потерпілого та її вплив на кримінальну відповідальність залежить, по-перше, від ролі цієї поведінки у вчиненні злочину і, по-друге, від його соціальної, моральної та правової характеристики.

Наприклад, у ст.ст. 116, 118, 123, 124 КК України передбачено значне пом'якшення кримінальної відповідальності у зв'язку з неправомірною поведінкою потерпілого, що викликала стан сильного душевного хвилювання, перевищення меж необхідної оборони або перевищення заходів, необхідних для затримання злочинця [2].

Залежно від певних вихідних критеріїв усіх потерпілих від злочинів можна класифікувати на декілька груп:

- за об'єктом злочинного посягання (потерпілий від вбивства; потерпілий від зґвалтування; потерпілий від крадіжки тощо);
- за типом поведінки потерпілого від злочину (потерпілий з правомірною поведінкою; потерпілий з неправомірною поведінкою; потерпілий з нейтральною поведінкою);
- за формою вини злочинного посягання (потерпілий від навмисного злочину; потерпілий від необережного злочину) тощо [3].

гострим зубним болем встановив діагноз пульпіту шостого верхнього зуба, трепанував зуб, наклав миш'яковисту пасту. Болі не стихли. На 2-й день він трепанував сусідній – сьомий зуб. На 3-й день маніпуляція знову повторилася. Замість того, щоб показати хворого досвідченому фахівцеві, лікар продовжував свої недоречні, в даному випадку, дії. Цей вид помилки був абсолютно справедливо поставлений лікарю в провину.

У п'яту групу варто віднести помилки і ускладнення, які мають у своїй основі неповноцінність медичних методів для обстеження в амбулаторних умовах або недосконалість медичної техніки.

Наприклад, до стоматолога з'явився хворий зі скаргами на сильний біль в місці шостого зуба. При огляді лікар визначив загострення хронічного періодонтиту. Бормашина не застосовувалася. Лікар залишив зуб відкритим і призначив хворому з'явитися на 2-й день. Хворий зробив спробу встати з крісла, однак знову сів. Раптово настала смерть. До розтину трупа родичі хворого і адміністрація поліклініки лікаря звинуватили у смерті хворого. Однак на розтині був виявлений розрив аневризми аорти внаслідок сифілітичної поразки. Звинувачення з лікаря було знято. У висновку експертизи було зазначено, що в даному випадку неможливо було передбачити супутнє захворювання. Смерть могла настати в будь-який момент і попередити її було неможливо, тим більше в амбулаторних умовах.

Інший приклад: під час лікування зуба у хворого почався епілептичний напад. В порожнині рота залишилася коренева голка. Голка була проковтнута. Лікарю пред'явили звинувачення в недбалості. Під час експертизи було встановлено, що хворий не попередив лікаря про наявність у нього епілепсії. Однак, навіть якщо лікар знав би про це захворювання, то він все одно не міг передбачити, коли розпочнеться напад. Крім того, він починається з миттєвого змикання рота і витягати інструменти з рота в цей момент, буває дуже важко. Провадження було закрито. Однак стоматолог повинен з'ясувати перенесені і супутні захворювання хворого. Якщо б лікар з'ясував деякі подробиці стану хворого, то були б вжиті заходи обережності і подібного випадку не сталося.

Висновок. З метою попередження лікарських помилок в стоматологічній практиці, необхідно постійно проводити широке інформування всіх зацікавлених осіб, в першу чергу самих лікарів та головних лікарів стоматологічних поліклінік, про можливість виникнення таких негативних явищ та настання несприятливих наслідків, а також про настання кримінальної відповідальності за недбале ставлення до проблем пацієнта. Поінформування може проводитись у різноманітних формах: під час проведення клініко-судово-медичних конференцій, профілактичних бесід представників правоохоронних органів з працівниками стоматологічних поліклінік, за допомогою фахових публікацій тощо.

- неповне обстеження пацієнта;
- помилкова трактування клінічних даних;
- помилкова оцінка рентгенологічного та лабораторного дослідження;
- недбалість і поспіх в обстеженні;
- неправильне формулювання діагнозу.

Розглядаючи найбільш значущі суб'єктивні причини лікарських помилок, варто виділити:

- недостатній досвід медичного працівника;
- недостатнє обстеження хворого, неправильна інтерпретація лабораторних та інструментальних досліджень;
- недооцінка або переоцінка результатів консультацій інших фахівців тощо.

Залежно від суті і зв'язку з лікувально-діагностичним процесом виділяють такі лікарські помилки: діагностичні; тактичні; технічні.

У стоматології помилки потрібно розглядати з двох позицій: 1) розбір помилок повинен проводитися в спокійній обстановці і об'єктивно; 2) необхідно з'ясувати, що передувало виникненню помилок, а також визначити характер помилок або ускладнень.

Всі помилки ми можемо поділити на 5 груп.

До першої групи помилок відносяться непередбачені помилки, коли лікар все робить правильно, але в процесі лікування виникає така ситуація, при якій неможливо все передбачити. Наприклад, при лікуванні пульпіту зуба виникла кровотеча з пульпи, яку важко було зупинити відомими кровоспинними засобами, а коли після інциденту стали ретельно обстежувати хворого, то у нього виявилось захворювання крові (хвороба Верльгофа).

До другої групи помилок відносяться помилки в результаті недбалості лікаря та іншого медичного персоналу. Прикладами таких помилок можуть бути випадки помилкового застосування ліків, наприклад, введення замість новокаїну розчинів срібла, бензину та інші.

Третя група об'єднує помилки, що виникають в результаті роботи в непристосованих приміщеннях. Характерним прикладом є описана нами така помилка. У непристосованому стоматологічному кабінеті (тісне, темне приміщення) лікар справив провідникову анестезію. У хворого на місці уколу розвинулася флегмона. При розслідуванні встановлено грубе порушення асептики. В таких умовах лікарю не варто було робити анестезію.

Четверту групу складають помилки, допущені через недостатню кваліфікацію. При розслідуванні подібних помилок необхідно виходити з того, чи міг лікар не робити помилкових втручань до проведення кваліфікованої консультації або лікування необхідно було проводити за екстремними свідченнями.

Можна навести такий приклад. Лікар при обстеженні хворого з

Також існують й інші класифікації потерпілих, залежно від їх статі, віку, специфіки виконуваної діяльності, соціального статусу, рівня освіти тощо.

Структура особи потерпілого включає три основних компоненти (так звані підсистеми):

– соціально-демографічні якості (стать, вік, освіта, сімейний стан тощо);

– соціальні ролі особи, включаючи сукупність видів її діяльності в системі суспільних відносин як громадянина чи члена трудового колективу, сім'янина;

– морально-психологічна характеристика, що відображає ставлення особи до соціальних цінностей і соціальних функцій, які вона виконує.

Отже, можна зробити висновок, що у своїй сукупності потерпілий від злочину та його поведінка мають важливе кримінально-правове значення, оскільки враховуються при кваліфікації злочинів і призначенні покарання.

Список використаних джерел

1. Сенаторов М.В. Потерпілий від злочину в кримінальному праві / ред. В.І. Борисова // Сенаторов М.В. – К.: Право, 2006. – 208 с.
2. Кримінальний кодекс України від 5 квітня 2001 р.: станом на 18.03.2016 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2341-14>
3. Александров Ю.В. Кримінальне право України : підручник / Ю.В. Александров. – 3-е вид. – К.: Юридична думка, 2004. – 352 с.

Браславець Ксенія Петрівна

*студентка 3 курсу, 305 групи
Навчально-наукового юридичного
інституту Національного авіаційного
університету*

Науковий керівник – асистент

Циганій Світлана Олексіївна

*Кафедра кримінального права
і процесу Навчально-наукового
юридичного інституту Національного
авіаційного університету*

ТІЛЕСНІ УШКОДЖЕННЯ – ПРОБЛЕМИ КВАЛІФІКАЦІЇ

На даний час в Україні виникає проблема стосовно правильної кваліфікації кримінальних правопорушень, пов'язаних із заподіянням потерпілим тілесних ушкоджень різного ступеня тяжкості, що призводить до призначення винним особам більш тяжкого або більш м'якого покарання ніж повинно бути.

В цілому призначення покарання, що не відповідає тяжкості вчиненого злочину зумовлюється порушення норм матеріального і процесуального права, які допускаються під час досудового розслідування, самого судового розгляду та в процесі проведення судово-медичної експертизи. Такими нормами є стаття 384 Кримінального кодексу України, де передбачено кримінальну відповідальність експерта за надання звідом неправдивого висновку та стаття 385 КК України, за якою відповідальність настає при відмові без поважних причин від виконання покладених на експерта обов'язків у суді або під час провадження досудового розслідування [1].

В свою чергу, стаття 69 Кримінального процесуального кодексу встановлює права та обов'язки експерта в кримінальному провадженні.

На нашу думку, більшість помилок допускаються саме при проведенні дослідження експертом стосовно визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень. В своїй діяльності експерт повинен керуватися, в першу чергу, «Правилами судово-медичного визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень» (надалі – Правила), а також іншими нормативними актами, що регламентують його повноваження [2].

Щоб не допустити неточностей та інших недоліків, Правила передбачають вимоги щодо проведення експертизи та правила формування підсумків у «Висновку експерта», які повинні бути результатом аналізу відомостей, що встановлені при проведенні експертизи. Також підсумки мають бути детальними і науково обґрунтованими [2].

Дані Правила встановлюють загальні положення та основні ознаки, за якими здійснюється розмежування ступеня тяжкості тілесних ушкоджень. Насамперед, потрібно мати уявлення про саме поняття «тілесні ушкодження». Отже, тілесними ушкодженнями є порушення анатомічної цілісності тканин, органів та їх функцій, що виникає в наслідок дії певних ушкоджуючих факторів – фізичних, хімічних, біологічних чи психічних.

Серед груп ознак, які притаманні кожному ступеню тяжкості тілесного ушкодження, можна виділити такі.

Кримінальним кодексом України передбачена відповідальність за тяжке тілесне ушкодження, ушкодження середньої тяжкості та легкі тілесні ушкодження [1].

Тяжким тілесне ушкодження визнається при наявності таких його наслідків: небезпека для життя в момент заподіяння, душевна хвороба, втрата будь-якого органу або втрата органом його функцій, розлад здоров'я, поєднаний із стійкою втратою працездатності не менш ніж на одну третину, невиліковне знічечення обличчя та переривання вагітності [2].

В свою чергу, тілесні ушкодження середньої тяжкості характеризуються такими наслідками: відсутність небезпеки для життя, тривалий розлад здоров'я, відсутність наслідків передбачених для тяжкого

експертиз по поводу изнасилований и случаев скрытого сексуального насилия (по данным анонимных карт-опросников) // Судебно-медицинская экспертиза. – 2001. – № 6. – С. 35-38.

Федорова А.В.

студентка 4 курсу стоматологічного

факультету № 17 групи

Національного медичного

університету імені О.О.Богомольця

Науковий керівник – асистент

Федорова Олена Анатоліївна

Кафедра судової медицини

та медичного права

Національного медичного

університету імені О.О.Богомольця

ЛІКАРСЬКІ ПОМИЛКИ В СТОМАТОЛОГІЇ

Лікарська помилка – це дефект надання медичної допомоги, пов'язаний з неправильними діями медичного персоналу, який характеризується добросовісною помилкою за відсутності ознак умисного або необережного злочину.

Актуальність ретельного вивчення лікарських помилок обумовлена тим, що в Європі кожен десятий пацієнт – жертва лікарської помилки. В США в 2010 році від рук лікарів постраждало 180 тисяч осіб. В Канаді – 24 тисячі. Велика Британія щороку звітує про 70 тисяч жертв медицини, Німеччина визнає 100 тисяч лікарських помилок.

Варто зазначити, що претензії найчастіше виникають до стоматологів у віці старше 40 років.

Особливістю існуючих судових позовів до лікарів-стоматологів є переважання претензій до ортопедів в порівнянні з іншими стоматологічними спеціальностями, і це не випадково. Ортопедична допомога, зазвичай, є кінцевою ланкою в комплексній технології стоматологічної допомоги, та лікарі-ортопеди мимоволі стають відповідальними не тільки за свої огріхи, а й за помилки своїх колег-стоматологів гігієнічних, терапевтів і хірургів.

Проведений нами аналіз актів комісійних експертиз дозволив виявити основні недоліки та помилки в роботі лікарів-стоматологів, що зумовлюють розвиток ускладнень і, як їх наслідок, конфліктних ситуацій.

Причини виникнення лікарських помилок різноманітні:

- відсутність належних умов надання медичної допомоги;
- недосконалість існуючих способів лікування захворювань;
- тяжкість стану хворого;
- ігнорування або невміле використання анамнезу;

кишки – положительный. При определении групповой принадлежности спермы происхождение ее от сожителя матери не исключилось. Затем тампон был направлен на молекулярно-генетическую экспертизу, где после проведения морфологического исследования получен отрицательный результат, что связано с недостаточным количеством исследуемого материала (изначально минимальные размеры пятен и расход материала в судебно – биологическом отделении) [5].

Выводы: 1. При установлении наличия спермы во всех случаях обязательным является применение морфологического метода. 2. При отрицательном результате морфологического исследования и положительном результате теста «SERATEC PSA SEMIQUANT» категоричность экспертных выводов зависит от характера изученных следов. 3. При наличии на вещественных доказательствах подозрительных на сперму пятен малых размеров рекомендовать следователям направлять их на молекулярно-генетическое исследование, минуя судебно-биологическое. 4. Поскольку в вагинальном секрете происходит постоянное разложение ПСА, семиногелина, кислой простатической фосфатазы и выявляемость их возможна лишь на протяжении 14-47 часов после полового акта, а сохраняемость сперматозоидов, как правило, не превышает 3 суток, целесообразно расширение перечня изучаемых объектов (предметы одежды потерпевших и различные предметы с места происшествия) для выявления на них следов сексуального насилия. 5. На основании того, что в настоящее время иммунохроматографический тест на ПСА, с учетом всей его простоты и быстроты исполнения, является наиболее эффективным, достоверным и гарантированным методом обнаружения спермы, использование его при получении отрицательных результатов морфологических поисков не только желательно, но и вполне оправдано и необходимо.

Список использованных источников

1. Томилин В.В., Барсегянц Л.О., Гладких А.С. Судебно-медицинское исследование вещественных доказательств. – М.: Медицина, 1989. – 304 с.
2. Джалалов Д.Д. О некоторых новых возможностях судебно-медицинской экспертизы спермы и пятен ее: Дис. канд. мед. наук. Самарканд-Ташкент, 1966. – 327 с.
3. Павлова А.З. Морфологические, антигенные и биохимические изменения спермы в пятнах под влиянием микроорганизмов (судебно-медицинское значение): Автореф. дис. канд. мед. наук. – М., 1982. – 24 с.
4. Gartside et al., Estimation of Prostate-Specific Antigen (PSA) Extraction Efficiency from Forensic Samples Using the Seratec PSA Semiquant Semiquantitative Membrane Test. Forensic Science Communications, 2003 April - 5 (2).
5. Пиголкин Ю.И., Дмитриева О.А. Анализ судебно-медицинских

тілесного ушкодження, стійка втрата працездатності менш, ніж на одну третину [2].

Ще одним різновидом тілесного ушкодження є легкі тілесні ушкодження, які бувають двох типів: з наслідками, такими як короткочасний розлад здоров'я або незначна стійка втрата працездатності, та другий тип – без вказаних наслідків, тобто це такі ушкодження, що мають незначні скороминуші наслідки тривалістю не більш як шість днів [2].

Враховуючи вище викладені положення, експерт під час проведення судово-медичної експертизи має правильно і чітко розмежовувати ступінь тяжкості тілесного ушкодження для правильної кваліфікації вчиненого злочину та прийняття в подальшому справедливого вироку.

Тобто, якщо особі заподіяні тілесні ушкодження, тоді обов'язково має бути призначено проведення судово-медичної експертизи.

Саме в процесі проведення експертизи виникає більшість суперечностей і проблем, які сприяють винесенню не справедливого вироку і порушують принципи законності, гуманності та обґрунтованості в кримінальному провадженні [3].

Також недоліком в розмежуванні ступеня тяжкості тілесних ушкоджень є прогалини в законодавстві. Кримінальним процесуальним кодексом України, а саме статтею 243 про порядок залучення експерта, не передбачено строку, протягом якого має бути призначено експертизу.

Отже, для правильного розмежування ступеня тяжкості тілесних ушкоджень, встановлення кваліфікації злочину, що відповідатиме тяжкості вчинюваного діяння, яке в подальшому забезпечить прийняття справедливого судового рішення, необхідно врегулювати неточності, пов'язані зі встановленням терміну, протягом якого повинно бути проведено судово-медичну експертизу та формувати правильно питання для експертного дослідження.

Список використаних джерел

1. Кримінальний кодекс України від 05.04.2001 // Відомості Верховної Ради України. – 2001. – № 25-26. – Ст.131;
2. Правила судово-медичного визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень: затв. наказом Міністерства охорони здоров'я України від 17.01.1995 № 6 // Відомості Верховної Ради України.
3. Кримінальне право України: Особлива частина : підручник / Ю.В. Баулін, В.І. Борисов, В.І. Тютюгін та ін. ; за ред. В.В. Сташиса, В.Я. Тація. – 4-те вид., переробл. і допов. – Х. : Право, 2010. – 608 с.

Григор'єва Марія Юрївна
студентка 4 курсу 8 групи
Медичного факультету № 2
Національного медичного
університету ім. О.О.Богомольця
Науковий керівник – асистент
Федорова Олена Анатоліївна
Кафедра судової медицини та
медичного права Національного
медичного університету
імені О.О. Богомольця

АНАЛІЗ ЕКСПЕРТНИХ ПОМИЛОК В ДІЯЛЬНОСТІ СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНОГО ЕКСПЕРТА

Актуальність проблеми експертних помилок в діяльності судово-психіатричного експерта полягає в тому, що орган, який призначив експертизу, не володіє спеціальними знаннями в галузі психіатрії, тому, оцінюючи повноту дослідження та обґрунтованість висновку, покладається на професійні якості експерта. Судово-психіатричний експерт, надаючи висновок на підставі сучасних наукових даних в результаті проведеного дослідження, повинен мати безапеляційну впевненість в тому, що він прийняв єдине вірне рішення. У той же час судово-психіатричний експерт не застрахований від прийняття помилкового висновку, що є об'єктивною реальністю будь-якої галузі діяльності [1].

Метою роботи є проведення аналізу експертних помилок судово-психіатричних експертів та визначення шляхів мінімізації умов їх виникнення.

Експертна помилка – невідоме неправильне судження, дії чи бездіяльність судового експерта при встановленні фактичних даних в процесі дослідження об'єктів, оцінки результатів і аналізу отриманої інформації та порушення процесуального законодавства, що здатні привести до прийняття невірної рішення, що не забезпечує повноту, об'єктивність і законність дослідження, що реалізується у вигляді висновку експерта.

У цьому контексті доречно згадати типологію основних порушень, допущених при проведенні експертних досліджень, запропоновану С.С. Шумом на підставі аналізу 130 висновків судової психіатричної експертизи [2].

Типовими причинами винесення необґрунтованих експертних рішень вчений вважає:

1. Недостатність матеріалів, наданих на експертизу. При цьому експерти у більшості випадків навіть не вимагали у суду додаткові матеріали, а виносили рішення за наявними, але явно недостатніми для

спермина, и кислой фосфатазы. Данный метод используется крайне редко, так как в качестве контроля берется чистый холин и спермин, приобретение которых затруднено и, кроме того, он имеет ряд недостатков – наряду с высокой чувствительностью, он недостаточно специфичен.

3. Электрофоретический метод – позволяет определить фермент лактатдегидрогеназу, а точнее её фракцию «Х» (ЛДГ – «Х»), которая характерна исключительно для спермы. Однако эта фракция содержится не во всем эякуляте, а лишь в сперматозоидах, и в случае азооспермии получение положительного результата становится проблематичным [3].

4. Применение диагностической антиспермальной сыворотки (АСС). Несмотря на довольно высокую специфичность, эта реакция недостаточно чувствительна.

5. Иммунохроматографический тест «SERATEC PSA SEMIQUANT» (Германия), выявляющий компонент семенной жидкости – простато-специфический антиген (ПСА). Требуемое время для постановки этого теста всего два часа, техническое исполнение предельно просто, учёт результатов в течении 10 минут. Тест очень чувствителен. Диапазон обнаружения ПСА этим тестом находится в пределах от 0,2 нг/мл до 100 мкг/мл. В судебно-биологической практике встречаются случаи несовпадения результатов биологического и молекулярно-генетического исследований. Различные результаты исследований послужили поводом для допросов со стороны следователей заседаний суда по определенным делам [4].

Одним из примеров, свидетельствующих об эффективности применения теста «SERATEC PSA SEMIQUANT», является следующий: в январе 2014 года в квартире обнаружен ребенок 2-х лет с признаками насильственной смерти; после вскрытия был выставлен диагноз: Закрытая черепно-мозговая травма, осложненная отёком, набухание и дислокацией головного мозга. Закрытая травма живота: разрыв стенки желудка с развитием фибринозного перитонита. Ожоги первой степени. На экспертное исследование были предоставлены вещественные доказательства (одежда ребенка, постельные принадлежности) на установление наличия следов крови (первоначально предположений об изнасиловании не было). При их описании обратили внимание на белесоватые пятна, уплотняющие ткань. Были исследованы пятна и контрольные вырезы к ним тестом «SERATEC PSA SEMIQUANT». Получены положительные результаты на наличие спермы, которые были сообщены следователю, что определило новый виток в следственных действиях. После чего были предоставлены на исследование тампоны с содержимым ротовой полости и прямой кишки трупа ребёнка. Морфологическим методом сперматозоиды не были обнаружены. Однако тест «SERATEC PSA SEMIQUANT» с тампоном с содержимым прямой

доказательств является обнаружение спермы на перечисленных предметах с последующим определением в ней групповых факторов и экспертного суждения о возможности или невозможности происхождения этой спермы от конкретного человека или нескольких лиц [1].

Для обнаружения спермы существует целый ряд методов, одни из которых ориентировочные, другие – доказательные. Первые (реакция с соком клубня картофеля, микрокристаллические реакции, исследование пятен в ультрафиолетовых лучах, определение кислой фосфатазы и др.) дают возможность ускорить поиск спермы на обширных и загрязненных предметах, но не дают право эксперту категорически высказываться об установлении наличия спермы и позволяют судить о ее наличии лишь в предположительной форме. Поэтому, при проведении судебно-биологической экспертизы, в обязательном порядке используются доказательные методы, среди которых чаще применяются: [2]

1. Морфологический метод – является абсолютно специфичным. В основе которого лежит обнаружение в исследуемом пятне сперматозоидов. Из ткани, на которой находится подозрительное пятно, вырезают ниточку или кусочек, разволокнивают и красят эритрозином, фуксином. Препарат исследуют под микроскопом. Обнаружение хотя бы одного сперматозоида свидетельствует о том, что пятно оставлено семенной жидкостью. Не всегда на вещественных доказательствах имеется достаточное количество спермы для установления ее наличия методом концентрированного извлечения сперматозоидов. Однако отрицательный результат морфологического исследования не может служить основанием для вывода об отсутствии спермы. Причинами этого может быть:

– различные патологические состояния спермы (олигоспермия, азооспермия, аспермия). По литературным данным у социально благополучных мужчин в 13% случаев обнаруживается патология спермы. В совершении же половых преступлений часто участвуют лица с высоким фоном сексуально передаваемых инфекций (трихомоноз, хламидиоз, гонорея, сифилис), что позволяет допустить значительно больший процент изменений в сперме этих лиц;

– проведение потерпевшими туалета половых органов и применение спермицидных препаратов;

– воздействие разрушающих факторов внешней среды (загнивание при неправильном изъятии и хранении вещественных доказательств, механическое удаление сперматозоидов при застирывании, замывании следов);

– малое количество спермы в объекте;

– временной фактор, т.е. период времени от момента совершения преступления до момента изъятия материала для исследования;

2. Хроматографический метод. Для установления наличия спермы необходимо одномоментное выявление трех ее компонентов: холина,

винесення обґрунтованого висновку документами. У даному випадку експерти не користувались своїм правом заявляти клопотання про подання їм додаткових матеріалів, тим самим порушуючи принцип повноти дослідження.

2. Суперечливість відомостей стосовно психічного стану підекспертного з суб'єктивним перебільшенням експертами одних та недооцінкою інших даних, без логічного роз'яснення таких суперечностей у мотивувальній частині висновку. Цим судово-психіатричні експерти порушували принцип об'єктивності дослідження.

3. Порушення принципу презумпції психічного здоров'я, коли експертами певні дані про можливі відхилення психічної сфери підекспертного від норми бездоказово розцінювались як ознаки психічного розладу, на підставі власного клінічного досвіду та інтуїції, без підтвердження жодними даними в матеріалах справи.

4. Більшість висновків судової психіатричної експертизи у зв'язку з відсутністю рубрифікації частин висновку експерта, неповнотою інформації, нехтуванням пояснень у мотивувальній частині або взагалі відсутністю цієї частини не відповідали вимогам самостійного, завершеного, процесуального документа, який є джерелом доказів у суді.

5. Констатація дієздатності чи недієздатності підекспертного замість його можливості чи неможливості усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними, що виходило за межі компетенції судово-психіатричних експертів.

6. Порушення, що допускають керівники експертних установ при призначенні осіб, яким доручається проведення судової психіатричної експертизи. Так, у декількох випадках керівники установ доручали проведення судової психіатричної експертизи лікарям-психіатрам, які не відповідали вимогам процесуального законодавства та Закону України «Про судову експертизу» [3]. На недоліки кадрової роботи щодо підготовки, атестації, переатестації лікарів-судово-психіатричних експертів вказують і інші вчені.

Шляхи розв'язання даної проблеми ми бачимо в:

– професійній підготовці кваліфікованих експертних кадрів, підтвердженні та підвищенні кваліфікації експерта в рамках цільової професійної перепідготовки;

– контролі якості експертних досліджень, у тому числі – взаємне и зовнішнє контрольне рецензування експертних висновків із заохоченням незалежних спеціалістів;

– чіткому формулюванні правильних завдань та питань, які повинен розв'язати експерт.

Список використаних джерел

1. Галяшина Е.И. / Судебная экспертиза: типичные ошибки. [Е.И. Галяшина, В.В. Голикова, Е.Н. Дмитриев и др.]; под ред. Е.Р. Россинской.

– М.: Проспект, 2012. – 34-69 с

2. Таверьянова Т.В. / Энциклопедия судебной экспертизы. Под ред. Т.В. Аверьяновой и Е.Р. Россинской. – М.: Юрист, 1999. – 123-138 с.

3. Погорецкий М.А. / Погорецкий М. А., Сліпченко В. І. Складні питання, що виникають при призначенні судово-психіатричної експертизи // Вісник Верховного Суду України. – 2010. – С. 12-18.

Гринівецька Ольга Володимирівна

*студентка 4 курсу 3 групи
медичного факультету № 2*

*Національного медичного
університету імені О.О. Богомольця*

Науковий керівник – професор

доктор медичних наук

Бабкіна Олена Петрівна

Кафедра судової медицини

та медичного права Національного

медичного університету

імені О.О. Богомольця

**ОСОБЛИВОСТІ УШКОДЖЕНЬ ВІД ДІЇ
РУЧНОЇ БОЙОВОЇ ВОГНЕПАЛЬНОЇ ЗБРОЇ**

Ушкодження, заподіяні пострілами з вогнепальної зброї, за кількістю в судово-медичній практиці завжди були і залишаються на одному з перших місць в Україні, особливо останні два роки, що можна пояснити військовими діями в зоні АТО. Така небезпека пояснюється як механічними властивостями самої вогнепальної зброї, так і психологічним впливом.

Класифікація вогнепальних поранень:

I. За характером зарядів, що ранять:

а) кульові;

б) осколкові (осколками неправильної форми; стандартними

осколковими елементами стрілоподібними, кульковими та ін.).

II. За характером поранення:

а) сліпі;

б) наскрізні;

в) дотичні.

III. Стосовно порожнин тіла:

а) проникаючі;

б) непроникаючі.

IV. За кількісною характеристикою:

а) одиночні;

б) множинні.

Фальковская Ангелина Владимировна

студентка IV курса VIII группы

II медицинского факультета

Национального медицинского

университета имени А.А. Богомольца

Научный руководитель – ассистент

Федорова Елена Анатольевна

Кафедра судебной медицины и

медицинского права Национального

медицинского университета

имени А.А. Богомольца

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ
ИММУНОХРОМАТОГРАФИЧЕСКОГО ТЕСТА «SERATEC PSA
SEMIQUANT» В СРАВНИТЕЛЬНОМ АНАЛИЗЕ МЕТОДИК,
НАПРАВЛЕННЫХ НА ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДОКАЗАТЕЛЬНОГО
НАЛИЧИЯ СПЕРМЫ НА ВЕЩЕСТВЕННЫХ ДОКАЗАТЕЛЬСТВАХ**

Актуальность темы обусловлена тем, что в раскрытии половых преступлений доказательства биологического происхождения играют важную роль. Но существует несколько различных методик, направленных на выявление этих следов преступления. И эти методики в данный момент имеют различную эффективность. Поэтому вполне обоснованным в научно-практическом отношении является проведение сравнительного анализа для выявления наиболее универсального и современного из этих методов.

В результате осмотра места происшествия следы сексуального насилия могут быть на личных вещах потерпевшего и обвиняемого, других предметах. Материал с места происшествия изымается в том объеме, который требуется для последующего серологического и молекулярно-генетического исследования, а также помогает правоохранительным органам решить вопрос о характере совершенного насилия. Жертвы половых преступлений не всегда могут принять свои ощущения и поэтому способны добросовестно заблуждаться относительно того, какие действия с ними совершались. Некоторые из них, особенно в детском возрасте, не ориентируясь в сути вопроса, могут давать неверный ответ. В связи с этим, без выявления объективных доказательств совершенного насилия невозможно полноценное осуществление правосудия.

Как правило, следы спермы при производстве судебно-биологической экспертизы представляют собой засохшие пятна, расположенные на различных предметах, одежде, постельном белье, кусках ткани или в виде мазков на стеклах и тампонах содержимого влагиалища, полости рта и заднего прохода. Задачей эксперта по исследованию вещественных

пациентов могут быть ошибки, совершаемые медицинскими сестрами. Особенно тяжелы последствия ошибок среднего медицинского персонала в детских ЛПУ и родительных домах [6].

На основании вышеизложенного, рекомендуется: 1. Новый подход к оценке оказания медицинской помощи (ОМП), который заключается прежде всего в тщательном выявлении всех дефектов ОМП и определении их взаимосвязи, что позволяет установить «цепную реакцию» возникновения дефектов, а также объективно оценить все звенья ОМП и установить конкретный вклад каждого участника процесса в ненадлежащее оказание медицинской помощи. Использование разработанного алгоритма в первую очередь целесообразно при анализе материалов неблагоприятных исходов в акушерско-гинекологической практике, послуживших причинами обращения граждан в правоохранительные органы и суд. 2. Залогом качественного предоставления акушерско-гинекологической помощи является надлежащее ведение медицинской документации. 3. В связи с большим количеством необоснованных гражданских исков необходима разработка методических рекомендаций для судебных органов, назначающих судебно-медицинские экспертизы по «врачебным делам», связанные с профессиональными правонарушениями медицинских работников в акушерско-гинекологической практике.

Список использованных источников

1. Судебно-медицинская акушерско-гинекологическая экспертиза : руководство для работников суда, расследования и судебно-медицинской экспертизы / Розенблум Е.Е., Сердюков М.Г., Смольянинов В.М. – М., 1935. – 45 с.
2. Пименов А.Б. Дефекты в оказании медицинской помощи (экспертный анализ) / А.Б. Пименов. – М., 2001. – 203 с.
3. Кирбасова Н.П. Актуальные вопросы юридической ответственности акушера-гинеколога / Н.П. Кирбасова, А.А. Старченко // Акушерство и гинекология. – 2004. – №2. – С. 48-54.
4. Зыкова Н.А. К анализу судебно-медицинских экспертиз по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников / Н.А. Зыкова, М.С. Ривенсон // Судебно-медицинская экспертиза. – 1998. – №3. – С. 5-7.
5. Александрова О.Ю. Ответственность за правонарушения в медицине / О.Ю. Александрова. – М.: Академия, 2006. – 240 с.
6. Седова Т.Г., Трубенкова М.М., Мальцев С.В. Медико-статистический анализ акушерско-гинекологических экспертиз (по данным отдела экспертизы потерпевших, обвиняемых и других лиц Кемеровского областного бюро судебно-медицинской экспертизы за 2001-2002г.г.) // Актуальные вопросы судебно-медицинской теории и практики. – Киров, 2005. – С. 151-153.

- V. За локалізацією:
 - а) ізольовані (голови, шиї, грудної клітки, живота, таза, хребта кінцівок);
 - б) поєднанні анатомічні ділянки або більше).
 - VI. За обтяжливими наслідками, що супроводжуються:
 - а) масивною кровотечею (у тому числі з пошкодженням великих судин);
 - б) гострою ішемією тканин;
 - в) ушкодженням життєво важливих органів, анатомічних структур;
 - г) ушкодженням кісток і суглобів;
 - д) травматичним шоком.
 - VII. За клінічним перебігом ранового процесу:
 - а) ускладнені;
 - б) неускладнені.
- Фактори утворення вогнепальної рани:
- 1) головна ударна хвиля – дія прямого удару і стиснутого повітря;
 - 2) бокова ударна хвиля – тимчасова пульсуюча порожнина;
 - 3) пряма дія снаряду;
 - 4) вихровий слід потік повітря і частинок тканин позаду снаряду [1, 2].
- Морфологія вогнепальної рани:
- первинний рановий канал – утворюється під дією головної ударної хвилі та прямої дії снаряду;
 - ділянка первинного некрозу (контузії) – виникає під впливом всіх факторів утворення вогнепальної рани: головна ударна хвиля, бокова ударна хвиля, пряма дія снаряду, вихровий слід;
 - ділянка вторинного некрозу – утворюється під дією бокової ударної хвилі.
- У структурі вогнепального ушкодження можна виділити такі елементи. В момент попадання снаряду у перешкоду виникає комплекс змін. Перш за все снаряд породжує поширення кінетичної енергії в напрямку руху кулі – ударну хвилю. Маючи швидкість більшу, ніж швидкість руху снаряда, ударна хвиля впливає на ще непошкоджені м'які тканини, викликаючи в них формування ділянки молекулярного струсу. У подальшому тканини, відповідні цій ділянці, некротизуються, тому реальний обсяг ушкодження значно більше ділянки власне ранового каналу. Ефект утворення ударної хвилі пояснює також формування ушкодження м'яких тканин і кісток далеко (поза ділянкою) проходження ранового каналу. Поверхня снаряда в тій чи іншій мірі завжди забруднена. При потрапленні в перешкоду забруднення накладається на обідок осаднення у вигляді «обідка обтирання», рідше – виходить за його межі. До складу обідка обтирання входять нагар, мастило і метал. Таким чином, відмітними ознаками входу вогнепальної рани є дефект тканини («мінус»-тканина), обідок осаднення та обтирання. При зіткненні з перешкодою,

снаряд формує рановий канал, викликаючи своєрідні пульсуючі коливання стінки в поперечному щодо каналу напрямку. Зустрічаючи на своєму шляху перешкоду, снаряд може змінювати свій напрямок, формуючи ламаний рановий канал. Проходячи через порожнини або декілька частин тіла, він може утворювати так званий перерваний рановий канал. Ушкоджуючи плоску кістку, снаряд формує в ній наскрізний отвір у формі усіченого конуса. Його основа звернена в бік напрямку руху снаряда, а менший діаметр приблизно відповідає його калібру. При ушкодженні довгих трубчастих кісток у місці входу кулі формуються переважно радіальні тріщини, в місці виходу поздовжні. Якщо куля ушкоджує порожнистий орган, що містить рідину, то рідина, отримуючи кінетичну енергію внаслідок ударної хвилі, руйнує стінки органу. У рідкісних випадках, коли снаряд при пострілі застрягає в стволі (неякісний порох), він може виштовхуватися при наступному пострілі. При ураженні на відстані кількох метрів від такого «здвоеного» снаряда утворюється одна вогнестрільна рана. У рановому каналі відбувається роз'єднання цих снарядів, і кожен з них окремо формує далі свій рановий канал. Вихідна вогнепальна рана утворюється в тих випадках, коли кінетична енергія снаряда достатня для утворення наскрізного ранового каналу. У разі поранення навиліт куля в процесі подальшого її польоту може завдавати інші ушкодження, в тому числі і поранення іншої людини. Осягнувши шкірного покриву на виході, куля як би випинає і розтягує шкіру, яка при цьому розривається. Новоутворена вихідна вогнестрільна рана має щільну форму. Вихідна вогнестрільна рана не має дефекту тканини, обідка осадження і обтирання. Відповідно на шкірі навколо неї відсутні відкладення кіптяви, порошинок і немає металізації [2, 3].

Висновок: таким чином при виявленні вогнепального ушкодження важлива діагностика вхідного і вихідного отвору для яких характерно:

- при пораненнях швидкострільними малокаліберними кулями – вихідний отвір більший за вхідний;
- при пораненнях стріловидними кулями вхідний отвір відповідає за розмірами вихідному;
- при пораненнях осколками та гумовими кульками вхідний отвір більший за вихідний.

Список використаних джерел

1. Кириллов В.М. Патроны стрелкового оружия. / В.М. Кириллов – М.: ЦНИИ информации, 2002. – 372 с.
2. Білог В.Я. Військова хірургія з хірургією надзвичайних ситуацій. / В.Я. Білог. – Т.: Укрмедкнига, 2004. – 185 с.
3. Walker Robert E. Identification Markings. Cartridges and Firearm Identification / Robert E. Walker. – New Year: Taylor & Francis Group, 2012. – 31 p.

ненадлежащее ведение медицинской документации. Так отсутствие клинико-лабораторных данных ведет к отсрочке выявления возможных патологий, следовательно, исключает своевременность адекватного лечения. С другой стороны, встречающаяся малая информативность медицинской документации влечет создание иллюзии благополучия, как у самих пациенток, так и медицинских работников стационаров. Таким образом, залогом качественного предоставления акушерско-гинекологической помощи является надлежащее ведение медицинской документации [4].

Что касается выполнения медицинским персоналом стандартов оказания медицинской помощи при определенной патологии, то это прерогатива медицинских работников. Как раз здесь и совершается значительное число врачебных и других ошибок. Анализ большинства из них указывает на то, что, как правило, вероятность совершения ошибки многократно повышается при том или ином отклонении от стандарта технологии [5]. Примером такой ошибки могут служить следующие материалы вневедомственной экспертизы: Анна К. 14 лет поступила в родильный дом с диагнозом: первые нормальные срочные роды у юной первородящей. Через 4 часа пациентка родила живого, доношенного, здорового ребенка. В послеродовом периоде у нее развилось позднее послеродовое кровотечение, произведено ручное обследование полости матки, которое пациентка перенесла удовлетворительно. Учитывая наличие постгеморрагической анемии, дежурный врач решил перелить 300 мл. эритромаcсы. Состояние больной перед переливанием оценено как среднетяжелое. В этот же день в 16 час. 45 мин. перелито 330 мл. эритромаcсы В (III), RH положительной, а в 19 час. 30 мин. появились признаки сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности. Поставлен диагноз: гемотранфузионный шок, проведено повторное определение группы крови пациентки врачом-анестезиологом: А (II) RH положительная.

Больная переведена в реанимационное отделение многопрофильной больницы, но на следующий день на фоне нарастающей сердечно-сосудистой и почечной недостаточности наступил летальный исход.

Проведенная вневедомственная экспертиза КМП установила, что врач акушер-гинеколог при поступлении пациентки ошибся в определении группы крови и зафиксировал это в журнале (В (III) RH положит.), дежурный врач в нарушение стандартной инструкции не определила группу крови перед гемотранфузией и не провела пробы на индивидуальную совместимость. Результатом врачебных ошибок стала гибель молодой матери.

Следует констатировать факт, что такие грубые ошибки происходят в тех ЛПУ, где полностью отсутствует внутриведомственный контроль КМП. Кроме ошибок врачей, в достаточной мере опасными для жизни

При этом необходимо отметить, что главная сложность «врачебных дел» состоит в определении причинно-следственной связи между действием медицинских работников и наступившим вредом. В чем состоит эта сложность в области акушерства и гинекологии? Причины неблагоприятных исходов в акушерстве и гинекологии могут быть различны, например:

– ненадлежащее оказание медицинской помощи, заключающиеся в невыполнении или не полном выполнении медицинскими работниками юридических, профессиональных и морально-этических норм (включая дефекты ведения медицинской документации);

– действие объективных факторов осложнения течения беременности и родов (особенности индивидуального биологического статуса беременной, наличие у нее сопутствующих заболеваний и наследственной патологии, оказывающие отягчающее влияние на протекание беременности и повышающие вероятность осложнений в родах);

– поведение самих пациенток, способствующее увеличению вероятности наступления осложнений (несоблюдение рекомендаций лечащего врача, самовольный уход роженицы из патологического отделения роддома);

– несчастные случаи – ситуации, при которых имеется объективная невозможность предусмотреть и предупредить возможные осложнения и последующее причинение вреда здоровью;

– отсутствие у медицинских работников объективной возможности оказать медицинскую помощь на должном технологическом уровне (принятие родов в условиях экстремальной, чрезвычайной ситуации – например во время авиа – перелета, в лесу и т.д.). В этих ситуациях всегда присутствует обоснованный риск: медицинский работник обязан оказать помощь в условиях повышенной вероятности реализации медицинского риска, т.к. в противном случае последствия могут быть самыми плачевными, а бездействие врача является основанием для привлечения его к уголовной ответственности. [3] Важно отметить, что экспертную оценку неблагоприятных случаев в акушерско-гинекологической практике осложняет многостадийность лечебно-диагностического процесса, участие в котором принимают несколько субъектов. В результате ненадлежащие действия одних субъектов могут привести к неблагоприятному исходу в целом. Например, не выявленная врачом женской консультации внутриутробная инфекция может стать причиной неблагоприятного исхода на этапе родильного дома. На практике это означает, что к гражданско-правовой ответственности следует привлекать не родительский дом, а женскую консультацию, либо обе медицинские организации.

Причинами неблагоприятных исходов в акушерско-гинекологической практике являются не только явные ошибки медицинского персонала, но и

Гудима В'ячеслав Валерійович
студент IV курсу 1 групи ФПЛ ЗСУ
Національного медичного
університету імені О. О. Богомольця
Науковий керівник – доцент
кандидат медичних наук
Шевчук Вадим Аврамович
Кафедра судової медицини
та медичного права
Національного медичного
університету ім. О.О. Богомольця

ВСТАНОВЛЕННЯ НАЯВНОСТІ КРОВІ, ОРІЄНТОВАНІ ТА ДОКАЗОВІ МЕТОДИ

Актуальним питанням у сфері судової медицини залишається встановлення наявності крові. Для вирішення питання про наявність крові застосовують попередні (орієнтовні) і доказові проби.

Попередні проби не підтверджують наявності крові, а лише орієнтують судово-медичного експерта на те, що це може бути кров, а тому вони найчастіше використовуються під час огляду місця події або тих чи інших предметів, на яких підозрюється наявність крові. Це проби з перекисом водню, бензидинова, з люмінолом (реакція хемілюмінесценції), а також дослідження в ультрафіолетовому випромінюванні, які за суттю є хімічними реакціями.

Вони можуть застосовуватись лише тоді, коли плям, схожих на кров, багато, оскільки внаслідок хімічних реакцій кров знищується і подальшому дослідженню не підлягає [2].

Доказові проби ґрунтуються на виявленні гемоглобіну та його похідних, доводять наявність крові. Проводяться, як правило, в лабораторних умовах, і їх результати дозволяють судово-медичному експерту дійти висновку про наявність крові. Доказовими методами є спектральне дослідження і мікрокристалічні реакції.

Спектральне дослідження ґрунтується на можливостях гемоглобіну та його похідних поглинати хвилі світла певної довжини і давати відповідні спектри поглинання.

Найбільшого поширення набуло дослідження за допомогою мікроспектроскопічної насадки (АУ-16, СПО-1) з попереднім отриманням із гемоглобіну крові гемохромогену або гематопорфірину. Гемохромоген отримують додаванням до ниточки з досліджуваної плями кількох крапель 33% луґу (NaOH чи КОН), відновника – 1-2 крапель розчину амонію гідросульфату чи кількох кристалів натрію гідрофільфиту.

Спочатку для виявлення гемохромогену під мікроскопом відшукують у препараті ділянку рожево-червоного або жовтуватого кольору. Потім

замінюють окуляр мікроспектроскопа і роздивляються спектр гемохромогену в жовто-зеленій частині між фраунгоферовими лініями D і E у вигляді двох смуг. Ліва з них інтенсивна, з чіткими межами, права – розпливчаста.

У разі відсутності спектра гемохромогену, переходять до виявлення спектра гематопорфірину, який отримують додаванням 2-3 крапель сірчаної кислоти до ниточки з досліджуваної плями. Препарат досліджують під мікроскопом і виявляють ділянки червоно-фіолетового, бузкового чи сіро-зеленого кольору. Замінюючи окуляр мікроспектроскопа, розглядають спектр гематопорфірину у вигляді двох смуг поглинання: ліва – вузька, розташована вліво від фраунгоферової лінії, права – ширша між лініями D і E в жовто-зеленій частині спектру. Крім цього, є ще смуга в фіолетовій частині спектру [1].

При відсутності в лабораторії мікроспектроскопа використовують спектроскоп прямого бачення. Порядок дослідження такий самий, як при роботі з мікроспектроскопом.

У випадках, коли в плямі через незначну кількість крові ділянки, схожі на гематопорфірин, не виявляються, використовують дослідження в ультрафіолетовому випромінюванні за допомогою люмінесцентного мікроскопа «Люмам 31А» або люмінесцентних освітлювачів «ОІ-17» чи «ОІ-18». Пурпурово-червоне світіння ділянок вказує на присутність в них гематопорфірину, спектр якого розглядають за допомогою мікроскопа [2].

Останнім часом для встановлення наявності крові в незначних кількостях широко використовують різні методи хроматографії: тонкошарову хроматографію на пластинах з шаром водної кремнієвої кислоти (М.В. Кісін, 1974), висхідну хроматографію на папері (Д. Джалалов, 1977, 1981) та інші.

Принцип хроматографії полягає в тому, що розчинник, проходячи через досліджувані зразки, закріплені на стартовій лінії смуг хроматографічного паперу чи будь-яких пластинах, наприклад силуфолу, розділяє кров на компоненти, які потім проявляють.

До доказових досліджень на кров належать також мікрокристалічні реакції, які ґрунтуються на здатності гемоглобіну крові утворювати при взаємодії з визначеними речовинами сполучення, які випадають у вигляді характерних за кольором і формою кристалів.

Реакція отримання кристалів геміну гідрохлориду (кристалів Тейхмана). До ниточки досліджуваної плями додають 2-3 дрібних кристалики кухонної солі і 3-4 краплі льодової оцтової кислоти, накривають покривним скельцем і нагрівають над полум'ям горілки до появи перших пухирців. Виявлення під мікроскопом кристалів хлоргеміну у вигляді скісних паралелограмів бурштинового кольору (кристали Тейхмана) вказує на наявність крові. Реакція отримання кристалів гемохромогену за допомогою реактиву Такаяма. До частинки плями чи

гінекологічної практиці;

– установленням ознак ненадлежащего в той или иной степени оказания акушерско-гинекологической помощи при проведении комиссионных судебно-медицинских экспертиз;

– отсутствием регулярного наблюдения и обобщения судебно-медицинской практики при медицинских инцидентах как наиболее оптимального объекта для изучения проблемы неблагоприятных исходов;

– противоречивостью знаний: прежних теоретических подходов, понятий и терминов – и современных, динамически нарастающих в мире воззрений по этой проблеме [1].

По данным некоторых бюро судебно-медицинских экспертиз, доля экспертиз акушерско-гинекологического профиля составляет 15-41% от общего числа проведенных судебно-медицинских экспертиз.

Чем обусловлена повышенная «рисковая составляющая» в акушерско-гинекологической практике? Следует учитывать множество факторов: неблагоприятное влияние окружающей природной среды, экстренный характер оказания медицинской помощи, сложность медицинской технологии, низкая квалификация некоторых врачей и лиц из числа среднего медицинского персонала, встречающееся безответственное отношение пациенток к своему здоровью и здоровью своего ребенка.

Какие дефекты медицинской помощи чаще всего встречаются в акушерстве и гинекологии? В зависимости от этапов оказания медицинской помощи это могут быть:

– дефекты врачебных вмешательств при прерывании беременности (например, нарушение правил проведения аборта);

– дефекты врачебных вмешательств во время родов (например, ранения плода, плаценты, пуповины; родовая травма у плода и новорожденного вследствие ненадлежащего акушерского пособия; применение противопоказанных при беременности лекарственных средств; неправильное отнесение беременной и роженицы к группе риска);

– дефекты врачебных вмешательств в послеродовом периоде (расхождение швов и вызванное им вторичное кровотечение; инфицирование операционной раны после кесарева сечения);

– дефекты врачебных вмешательств в урогинекологической практике;

– общие дефекты оперативного лечения в акушерско-гинекологической и урогинекологической практике (например, оставление инородных тел в организме пациентки);

– дефекты выполнения анестезии и проведения интенсивной терапии в акушерско-гинекологической практике (например, назначение и применение фармакологических препаратов, противопоказанных при беременности и фармакологических препаратов, противопоказанных при беременности и отдельных патологических состояниях роженицы) [2].

судово-медичній практиці. Також необхідно пам'ятати, що замерзанню труп може піддаватися незалежно від причини смерті. Тому особливості дослідження замерзлих трупів мають своє значення в винесенні вердикту, щодо померлого. Також у випадках смерті від переохолодження у стані вираженого алкогольного сп'яніння при судово-хімічному дослідженні в крові можуть знаходити дуже низький вміст алкоголю (або його взагалі не виявляють), в той час як в сечі етиловий алкоголь реєструється в значній кількості. Це явище пов'язане з утилізацією алкоголю організмом в процесі переохолодження.

Список використаних джерел

1. Волков В.М., Датій А.В. Судова медицина / Під ред. проф. А.Ф. Волинського/. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, Закон і право, 2000. – 639 с.
2. Судова медицина. Підручник / за ред. В.В. Томіліна/. – М., 1997. – 345 с.
3. Судова медицина. Підручник / за ред. В.Л. Попова/. – СПб, 2002. – 220 с.

Фальковская Ангелина Владимировна

студентка IV курсу VIII групи

II медичного факультета

Національного медичного

університету імені А.А. Богомольця

Научный руководитель – ассистент

Федорова Елена Анатольевна

Кафедра судової медицини і

медичного права Національного

медичного університету

імені А.А. Богомольця

АНАЛИЗ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ, ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА И ЭФФЕКТИВНОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Актуальность темы обусловлена значительными изменениями нормативной, организационной, технологической и экономической базами здравоохранения за последние десять лет. Они вызвали особую актуальность проблемы неблагоприятных исходов медицинской помощи, в частности в акушерско-гинекологической практике, их судебно-медицинской экспертизы и ответственности медицинского персонала. Современное состояние вопроса характеризуется:

– тенденцией к росту числа экспертиз при подозрении на ненадлежащее оказание медицинской помощи в акушерско-

ниточки з плями додають кілька крапель реактиву Такайма (10% розчин NaOH, піридину і насиченого розчину глюкози у дистильованій воді). Поліморфні кристали гемохромогену червоного кольору у вигляді голочок, ромбічних пластинок складаються в зірки, скупчення, довгасті пучки червоного кольору [1].

Список використаних джерел

1. Бабанін А.А., Мішалов В.Д., Біловицький О.В., Скребкова О.Ю. Судова медицина. – Сімферополь: НАТА, 2012. – 234 с.
2. Бачинський В.Т., Кулик О.Ф., Савка І.Г., Ванчуляк О.Я. Первинний огляд трупа на місці виявлення. – Чернівці, 2012. – 187 с.

Гулович Іван Іванович

студент 1 групи 4 курсу ФПЛЗСУ

Національного медичного

університету ім. О.О.Богомольця

Науковий керівник – ассистент

Ергард Наталія Миколаївна

Кафедра судової медицини

та медичного права

Національного медичного

університету ім. О.О. Богомольця

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА КОЛОТО-РІЗАНИХ РАН ПРИ ВБИВСТВІ ТА САМОГУБСТВІ

Колото-різані рани – це ушкодження, що наносяться колючо-ріжучими предметами, які мають гостре вістря і одне чи два леза, та характеризуються порушенням цілісності шкірного покриву, слизових оболонок, а іноді й глибоких тканин і супроводжуються болем та кровотечею. Серед предметів, які спричиняють цей вид ран є: фінський ніж, кинджал, складаний ніж, ножиці та інші предмети. Колото-різані рани, мають вхідний отвір, рановий канал і вихідний отвір, якщо рана наскрізна.

Основною ознакою колото-різаної рани є превалювання її глибини над довжиною і шириною, кінці таких ран різні залежно від загострення клинка. Коли рана заподіяна ножом, клинок якого має двобічне загострення як у кинджала, то кінці з обох боків будуть гострими. Якщо рана заподіяна фінським ножом, у якого клинок з одного боку має лезо, а з іншого – обух, то один кінець рани гострий, а другий – тупий, закруглений або П-подібний, іноді з невеликим садном. При повному зануренні клинка в тіло можуть утворюватися здирання і навіть синці по краях і навколо рани внаслідок дії борідки обмежувача або руків'я ножа [1].

Велике судово-медичне значення має дослідження ранового каналу за

допомогою пошарових зрізів, що дозволяє визначити його напрямок, форму клинка, його ширину і довжину. При розтині трупа обов'язково вимірюють глибину рани в пошкодженому органі, до цього додають показники товщини одягу, шкірних покривів, м'язів [3]. Ушкодження ножицями мають різний характер залежно від їх положення під час травми. Коли бранші розведені, то кожна з них діє як колючо-ріжучий засіб типу фінського ножа. Складені ножиці діють як колючий предмет. Якщо в момент удару бранші розходяться або заходять одна за одну, виникають парні колото-різані рани з одним гострим, а другим П-подібним кінцем. При розходженні браншей у тілі потерпілого виникає роздвоєний рановий канал.

Як свідчить судово-медична практика, колото-різані рани найчастіше завдаються з метою вбивства. В цих випадках спостерігаються одна або кілька глибоких ран (оскільки завдаються з великою силою), розташованих на різних ділянках тіла і руках, якщо жертва захищається і прикриває ділянки тіла, куди намагаються нанести удар [2].

У наш час часто зустрічаються випадки самогубства, у таких випадках колото-різані рани, як правило, локалізуються в ділянці серця, рідше на шії. Розташовуються вони одна біля одної, купчасто переважно неглибокі. Смертельною можуть бути тільки одна чи дві рани, які проникають у серце або легені. Як правило, самогубець звільняє від одягу ділянку тіла, де збирається заподіяти ушкодження [3].

Список використаних джерел

1. Авдеев М.И. Судебно-медицинская экспертиза трупов. – М.: Медицина, 1976. – 440 с.
2. Акопов В.И. Судебно-медицинская экспертиза по документам. – Ростов на Дону, 1989. – 38 с.
3. Бедрин Л.М., Загрядская А.П. Судебно-медицинские возможности исследования эксгумированного трупа. – Горький, 1978. – 52 с.

зберігаються в тканинах замерзлих трупів і при дослідженні можуть бути визначені. Смерть, як правило, настає при зниженні температури тіла до 22-24°C. Безпосередньою причиною смерті найчастіше є первинна зупинка дихання, іноді судинний колапс або фібриляція шлуночків серця. При огляді трупа на місці його виявлення (зазвичай лежачого на снігу на відкритому просторі) поза потерпілого може свідчити про прижиттєву дію низької температури: людина, намагаючись зберегти тепло, згинає руки в ліктьових суглобах і притискає їх до грудей, ноги підгинає до живота, згинаючи їх в колінних суглобах, – поза змерзлої людини. Спостереження показують, що у осіб, перед смертю перебували у стані сильного алкогольного сп'яніння, такої пози може і не бути [3].

Доказом прижиттєвої дії низької температури на місці виявлення трупа, в безпосередній близькості від нього, під ним є ознаки впливу тепла тіла на сніг, який тоне з подальшим утворенням льоду і навіть примерзанням частин тіла та одягу; відсутність цих ознак може свідчити про переміщення трупа після смерті. При тривалій дії холоду на відкритих ділянках тіла відзначаються синюшність, набряк, тобто ознаки озноблення. Біля отворів рота і носа виявляють бурульки, на в'ях – іній. Зрідка спостерігається «гусяча шкіра», що утворюється в результаті скорочення м'язів, що піднімають волосся на шкірних покривах. Перенасичення крові киснем при настанні смерті від переохолодження обумовлює червонуватий колір шкірних покривів і рожевий відтінок трупних плям [2]. Якщо смерть від переохолодження виникає в умовах плюсової температури навколишнього середовища, то тканини встигають утилізувати кисень крові в посмертному періоді і трупні плями виявляються фіолетового кольору. При смерті в умовах мінусової температури трупні плями залишаються рожевими. Однією з діагностичних ознак смерті від охолодження є крововиливи в слизову оболонку шлунка, утворюючи так звані «плями Вишневецького». Можна спостерігати набряк м'якої мозкової оболонки, різке повнокров'я судин внутрішніх органів. При смертельній гіпотермії кров перенасичена киснем, червона в легневих судинах, більш світлого забарвлення в лівій половині серця, з наявністю в згортках крові білих ниток фібрину. При настанні смерті від охолодження відзначається переповнення сечового міхура сечею внаслідок порушення його іннервації [3]. Патогенез при дії низьких температур пов'язаний з різким перенапруженням компенсаторних функцій, причому особливо посилюється теплопродукція, що призводить до значних енергетичних витрат, зокрема збільшується витрата вуглеводів. У зв'язку з цим при гістохімічному дослідженні виявляють часткове зникнення глікогену з печінки, підшлункової залози, головного мозку і м'язів серця, ліпідів з клітин кори надниркових залоз, що має діагностичне значення.

Отже випадки смерті від переохолодження мають значне місце в

Ткаченко Роман Вікторович
студент IV курсу 2 групи ФПЛ ЗСУ
Національного медичного
університету ім. О.О.Богомольця
Наукові керівники – асистент
Артеменко Олексій Іванович
Кафедра судової медицини та
медичного права Національного
медичного університету
імені О.О.Богомольця

ОСОБЛИВОСТІ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАМЕРЗЛИХ ТРУПІВ

У судово-медичній практиці доводиться зустрічатися з ушкодженнями і смертю від дії низької температури. Тому необхідно знати умови, за яких виникають такі ушкодження, причини, які їх викликають, а також зміни, які дозволяють вирішувати питання судово-медичного характеру.

На нашу думку, статистика випадків смерті від загального переохолодження організму свідчить, що загибель людей з цієї причини трапляється в усіх країнах СНД, і не тільки там де переважають низькі температури [2].

Перебіг і результат загального охолодження багато в чому залежать від умов, в яких воно відбувалося. Наприклад, результат особливо несприятливий при охолодженні у воді. Внаслідок особливостей охолодження у воді (воно відбувається стрімкіше) людина нерідко гине ще до розвитку глибокої гіпотермії – від судинного колапсу або холодового шоку. Тривала дія низьких температур зовнішнього середовища в певних умовах призводить до поступового зниження тканинної температури тіла людини. Зниження температури тіла призводить до гальмування біохімічних процесів в клітинах і тканинах, які знижуються в залежності від охолодження в геометричній прогресії. У венозній системі з'являється артеріальна кров, а ЦНС знаходиться в стані аноксії на тлі гіпероксигемії [1].

При загальному охолодженні тяжкість стану організму визначається величиною зниження температури тіла: при 30°C виникають значні розлади дихання і кровообігу, зазначається рефлекторний спазм кровоносних судин, кровотік зменшується, виникають стази і некрози тканин. Температура тіла у живої людини, що піддавалася дії холоду, як правило, не може бути нижче 26°C. Початкові стадії загальної гіпотермії оборотні, якщо універсальні розлади кровообігу відносно короточасні і невеликі. Принципово важливо, що екстремальні стани при холодовій травми і настання смерті від неї протікають без зледеніння тканин. Замерзає, таким чином, тільки труп. Замерзання є засобом для збереження трупа. Ушкодження, патологоанатомічні зміни та інші особливості

Гуменюк Юлія Михайлівна
студентка 3 групи 4 курсу
медичного факультету №2
Національного медичного
університету імені О.О.Богомольця
Науковий керівник – професор
доктор медичних наук
Бабкіна Олена Петрівна
Кафедра судової медицини
та медичного права Національного
медичного університету
імені О.О. Богомольця

СУДОВО-МЕДИЧНА ОЦІНКА СМЕРТІ ВІД «ІСТИННОГО» УТОПЛЕННЯ

Утоплення є однією з найчастіших причин смерті людей молодого віку. Це говорить про актуальність проблеми надання допомоги при утопленні. За видом і причинами виділяють первинне утоплення – справжнє, або «мокре», а також асфіктичне, або «сухе», або вторинне утоплення. Під утопленням варто розуміти окремий вид насильницької смерті, яка зумовлена комплексом зовнішніх впливів на організм людини при зануренні тіла в рідину. Істинне утоплення становить 85-95% від усіх нещасних випадків на воді. В основі його є аспірація великих кількостей води з подальшим порушенням газообміну на рівні альвеол при збереженні анатомічної цілісності системи зовнішнього дихання. При «істинному» утопленні варто виділяти утоплення в прісній і морській воді, проте характер патологічних змін в організмі потерпілого при цьому різний тільки в перші хвилини після занурення в воду [1, 2].

Залежно від генезу смерті утоплення може бути двох видів:

– коли вода при температурі близько 20°C, потрапляє у верхні відділи дихальних шляхів, викликається подразнення слизових оболонок і закінчень верхньогортанного нерва, і настає спазм голосових зв'язок та рефлекторна зупинка серця – асфіктичне (або сухе) утоплення;

– коли вода проникає у верхні дихальні шляхи і закриває їх – «істинне», або «мокре», утоплення. Виникає механічна асфіксія, яка має декілька фаз.

На початку спостерігається рефлекторна затримка (зупинка) дихання тривалістю 30-60 с. Далі настає фаза інспіраторної задишки (до 1 хв.), коли вода починає проникати в дихальні шляхи і легені. Інспіраторну задишку змінює експіраторна, на початку якої втрачається свідомість, розвиваються судоми, втрачаються рефлекси. Вода продовжує проникати в легені і в судини малого, а потім великого кола кровообігу, значно розбавляючи кров. Надалі розвивається термінальне дихання, під час

якого триває проникнення води в легені. Потім настає стійка зупинка дихання внаслідок паралічу дихального центру і через 5-10 хв. стійка зупинка серця, внаслідок чого настає смерть. Нерідко зустрічаються випадки, коли утоплення спочатку розвивається за асфіктичним типом, а закінчується за типом істинного утоплення (під час якого виникає ларингоспазм і вода проникає в дихальні шляхи і легені).

Для «істинного» утоплення характерні такі ознаки:

- різко виражена емфізема легень;
- відбитки ребер на задньо-бічних поверхнях легень;
- набряк легеневої тканини;
- наявність плям Лукомського-Рассказова-Пальтауфа (крововиливи червонувато-рожевого кольору, що розташовуються тільки під вісцеральною плеврою);
- набряклість і каламутність слизової оболонки трахеї і бронхів;
- наявність у шлунку великої кількості рідини;
- у серозних порожнинах значна кількість трансудату;
- виявлення рідини в барабанних порожнинах середнього вуха;
- наявність води в пазухах основної кістки черепа до 5 мл – ознака Свешнікова тощо.

Важливе значення для діагностики «істинного» або «мокрого» утоплення має проведення лабораторних методів дослідження з метою виявлення планктону. Планктон – мікроорганізми рослинного і тваринного походження, що мешкають в озерах, річках, морях і ін. Для кожної водойми характерні певні види планктону, які мають специфічні відмінності. Для діагностики утоплення найбільше значення має планктон рослинного походження – фітопланктон, особливо діатомеї. Діатомеї мають панцир, що складається з неорганічних сполук – кремнію. Такий панцир витримує дію високих температур, міцних кислот і лугів. Діатомовий фітопланктон має різну форму і зустрічається у вигляді паличок, зірочок, човників і ін. Діатомеї розміром до 200 мікрон разом з водою через розірвані капіляри альвеол проникають в русло великого кола кровообігу і з током крові розносяться по всьому організму, затримуючись в паренхіматозних органах і кістковому мозку. Виявлення цього виду планктону у внутрішніх органах і кістковому мозку є об'єктивним методом доказу смерті від утоплення. Для діагностики практичне значення має виявлення діатомового планктону в органах і тканинах, куди він проникає через велике коло кровообігу. При дослідженні трупа категорично забороняється користування водопровідною водою, оскільки наявний в ній планктон може бути внесений в тканину органів, які направляються на спеціальні дослідження.

Список використаних джерел

1. Бачинський В.Т. Первинний огляд трупа на місці його виявлення /

обвалі землі, під час сну на сипучих речовинах, у стані алкогольного сп'яніння.

При блюванні блювотні маси викидаються назовні, але в тих випадках, коли людина перебуває у безпорадному стані, блювотні маси з порожнини рота легко аспіруються в дихальні шляхи. Внаслідок рідкої чи каплеподібної консистенції блювотні маси проходять далеко по дихальних шляхах, а рідкі їхні частки можуть заповнити альвеоли. У таких випадках з поверхні розрізу легенів, з бронхів видавлюється вміст шлунка, в якому можуть бути виявлені складові його частини [2].

Вміст шлунка може потрапити в дихальні шляхи після смерті, особливо в тих випадках, коли незадовго перед смертю людина добре поїла. Це буває при недбалому транспортуванні трупа, коли вміст шлунка може механічно витіснитися і потрапити в дихальні шляхи. Крім того, така ж ситуація може виникнути при штучному диханні, в стані клінічної смерті, при гнитті і т. ін. Але при цьому харчові маси проникають лише у верхні відділи дихальних шляхів, у периферійні відділи по смерті вони не потрапляють.

Крім того, у випадках прижиттєвого попадання сторонніх предметів і блювотних мас виявляється різка гіперемія слизової оболонки трахеї з крововиливами, а також наявність загальноасфіктичних ознак [3]. Діагностика смерті від механічної асфіксії внаслідок попадання блювотних мас у дихальні шляхи обов'язково повинна бути підтверджена гістологічним дослідженням легенів.

При попаданні блювотних мас у дихальні шляхи необхідно з'ясувати причину цього явища, оскільки у здорових людей вони безперешкодно не аспіруються. Частіше за все це зустрічається в стані алкогольного сп'яніння, при епілепсії, отруєнні окисом вуглецю, у стані наркозу, при струсі мозку та в інших випадках, які супроводжуються безпорадним станом.

Якщо задушення сторонніми предметами може розглядатися як убивство чи нещасний випадок, то задушення блювотними масами, як правило, – нещасний випадок.

Список використаних джерел

1. Авдеев М.И. Судебно-медицинская экспертиза трупа / М.И. Авдеев. – М.: Медицина, 1976. – С. 42-47.
2. Судова медицина: Підручник для студентів мед. вузів. / Концевич І.О., Михайличенко Б.В. та ін.; За ред. І.О. Концевич, Б.В. Михайличенка. – К.: Леся, 1997. – 534 с.
3. Судебная медицина: учебник / под ред. Ю.И. Пиголкина. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 345 с.
4. Судова медицина: Підручник для студентів мед. вузів / В.В. Білкун, Л.Л. Голубович, П.Л. Голубович та ін. – К.: Юрінком Інтер, 1999. – 235 с.

кисневе голодування і швидке накопичення в організмі вуглекислоти, яке настає внаслідок зовнішньої механічної перешкоди для надходження повітря в дихальні шляхи. Для даного типу наявні як загальноасфіктичні ознаки (синюшність обличчя, різко виражені трупні плями, крапкові крововиливи на кон'юктивах, розслаблення сфінктерів), так і видові ознаки (тверді тіла у верхніх дихальних шляхах, гіперемія, набряк та крововиливи на слизовій оболонці). Зупинимось на видових ознаках, оскільки вони дають можливість диференціювати й охарактеризувати вбивство і нещасний випадок.

У всіх випадках задушення сторонніми предметами причину асфіксії легко встановити, знайшовши сторонній предмет у дихальних шляхах (гортані, трахеї чи бронхах). Місце розташування стороннього предмета залежить від його об'єму і конфігурації. Компактні тверді сторонні предмети (зубний протез, кісточки слив, квасоля тощо) проникають у верхні відділи дихальних шляхів. У цих місцях на слизовій необхідно звернути увагу на гіперемію, набряк, крововиливи, які свідчать про прижиттєву реакцію тканин на дію стороннього предмета. Інколи виявляються навіть пролежні, перфорації і явища медіастиніту [1].

При насильницькому введенні чужорідних тіл в ротovu порожнину можуть утворитися ушкодження на шкірі обличчя (півмісяцеві садна, синці), опис яких проводиться за загальними правилами. У випадках смерті від закриття отворів рота і носа м'якими предметами необхідно звернути увагу на виявлення і опис пушинок, окремих волокон тканин, які можуть бути виявлені в отворах носа, в ротовій порожнині на шкірі обличчя. При цьому зазначається їх локалізація, кількість довжина, ширина, колір, проводиться вилучення їх і направлення на відповідне дослідження (проводиться слідчим) При виявленні в ротовій порожнині сторонніх тіл зазначається їх характер (кляпи: вказати який, блювотні маси, шматки їжі), щільність і ступінь випадіння з ротової порожнини (знаходиться на рівні зубів, виступає за їх лінію, впливають).

Якщо є підозра на убивство, а сторонній предмет не піддається псуванню, він повинен бути збережений і переданий слідчому як речовий доказ. В акті дослідження необхідно зазначити локалізацію стороннього предмета, розміри, закриває він щільно дихальні шляхи чи ні, повздовжне чи поперечне його розміщення [4]. При секційному дослідженні чужорідне тіло не вилучають з органів дихання, а розкривають їх просвіт.

При попаданні в дихальні шляхи сипучих тіл асфіксія протікає повільніше, оскільки можливість дихання зберігається ще деякий період часу. Дрібнодисперсні речовини при диханні легко проникають в дихальні шляхи і виявляються в периферійних відділах. Наявність їх в бронхіолах, бронхах при вираженій гіперемії слизової дихальних шляхів свідчить про прижиттєвість їх проникнення. Закриття дихальних шляхів сипучими речовинами відбувається, головним чином, при нещасних випадках – при

В.Т. Бачинський, О.Ф. Савка, О.Я. Ванчуляк. – Чернівці, 2010. – 212 с.

2. Дідківська С.П. Використання судово-медичних і криміналістичних даних при розслідуванні злочинів проти людини / С.П. Дідківська, П.Г. Сагайдак. – К.: Атіка, 2004. – 135 с.

Даценко Тетяна Вадимівна
*студентка 3 курсу Навчально-наукового
юридичного інституту
Національного авіаційного університету*
Науковий керівник – асистент
Кочнева Аліса Олександрівна
*Кафедра кримінального права
і процесу Навчально-наукового
юридичного інституту Національного
авіаційного університету*

МІСЦЕ ТА ЗНАЧЕННЯ ПОЛІГРАФА У РОЗСЛІДУВАННІ ЗЛОЧИНІВ

Особливу важливість у посиленні боротьби зі злочинністю має вмiле використання наявних у розпорядженні правоохоронних органів різних технічних засобів. Їх своєчасне і обґрунтоване застосування в кримінальному судочинстві сприяє розкриттю злочинів, забезпечує невідворотність відповідальності осіб, які вчинили злочин.

Хочеться відзначити, що застосування поліграфа практикується в багатьох країнах, отримані результати розглядаються або як докази, або як оперативна, орієнтуюча інформація.

Взагалі поліграф (*polygraph*, від грец. – багато писати, синоніми: детектор брехні, лай-детектор) – це технічний засіб, що використовується при проведенні інструментальних психофізіологічних досліджень для синхронної реєстрації параметрів дихання, серцево-судинної активності, опору шкіри, а також, за наявності необхідності і можливості, інших фізіологічних параметрів з подальшим представленням результатів реєстрації цих параметрів в аналоговому або цифровому вигляді, призначеному для оцінки достовірності повідомленої інформації [1].

Чільне місце вивченню і використанню поліграфа приділяється в Україні. Даними результатів перевірки на поліграфі користуються працівники правоохоронних органів, силових структур та спеціальних управлінь і відомств. Очевидно, що застосування поліграфа дозволяє одержати цінну для слідства оперативну інформацію, яку іншими технічними засобами здобути вкрай складно, а то і зовсім неможливо.

Для забезпечення досудового розслідування вона дає можливість:
– оцінити достовірність даних, що повідомляються особами, які перевіряються;

– одержати відомості для висування версій і визначення шляхів їх перевірки;

– визначити причетність особи до вчиненого злочину або до його підготування і приховання;

– забезпечити одержання правдивих відомостей від допитуваних осіб;

– визначити місця приховування слідів злочину, конкретизувати коло причетних до вчинення злочину осіб.

Відповідно до чинного кримінального процесуального законодавства України результати перевірки, отримані за допомогою поліграфа, не є доказами і мають характер орієнтовних оперативних даних. Залишається відкритим питання законодавчого визнання поліграфа легітимним науково-технічним засобом, що може використовуватися органами досудового розслідування. Ще існує багато питань навколо місця і ролі поліграфа у слідчій діяльності для вітчизняних та зарубіжних правоохоронних органів і вони потребують вивчення та належної оцінки. Варто погодитися з одним – позитивні результати його використання є очевидними. Нині ж важливо відпрацювати правові механізми забезпечення надійності і достовірності отриманих поліграфологічних даних, які б сприяли належній процедурі проведення розслідування і головне б не обмежували конституційні права громадянина [2].

Підсумовуючи викладене, можна дійти висновку про те що:

– використання поліграфа в кримінальному судочинстві, зокрема в діяльності з розслідування кримінальних правопорушень має відповідні засади для практичного застосування;

– необхідність призначення та проведення психофізіологічних експертиз з використанням поліграфа обґрунтовується практичними потребами досудового розслідування відносно проблемних питань, які виникають на практиці в конкретному випадку відкритого кримінального провадження;

– використання результатів психофізіологічної експертизи із застосуванням поліграфа у кримінальному судочинстві створює умови для кваліфікованого, неупередженого розслідування зареєстрованого в ЄРДР кримінального правопорушення.

Необхідно відзначити, що в багатьох країнах існують законодавчі акти, що регламентують застосування поліграфа. В Україні, на думку багатьох українських депутатів, поява закону про поліграф теоретично можлива, але практично не потрібна. У принципі, його застосування і зараз не суперечить українському законодавству. Довести неправомірність використання детектора, спираючись на існуючу законодавчу базу, зараз достатньо складно, особливо якщо його застосовують із згоди претендента (наприклад, при оформленні на роботу працедавець рекомендує кандидату пройти тестування на детекторі, той відмовляється і йде шукати інше місце роботи – нічий права не порушуються) [3].

Згідно з останніми даними, щотижня хірурги залишають після операції сторонній предмет на зразок тампону, всередині тіла пацієнта 39 разів; неправильно проводять операцію – 20 разів; діють в неправильній ділянці тіла – 20 разів. Найчастіше хірургічні помилки роблять фахівці у віці від 40 до 49 років.

Лікарські помилки, зокрема помилки в хірургії є важливою проблемою багатьох країн, в тому числі і в Україні. Статистичні дані про справжню ситуацію в нас закриті для широкого загалу, судова практика з цієї категорії справ не оприлюднюється.

Список використаних джерел

1. Блинов Н.И. Ошибки, опасности и осложнения в хирургии / под ред. Н.И. Блинова и Б.М. Хромова. – М.: Медицина, 1972. – 486 с.
2. Бобров О.Е. Врачебная ошибка или профессиональное невежество? Мифы, иллюзии, реальность // *Лекарь*. – 2008. – № 1-2. – С. 6-12.
3. Медичний портал – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://medportal.ru/mednovosti/news/2015/06/02/902errors/>
4. Медичний портал – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.medlawcenter.com.ua/ua/publications/75.html>
5. Медичний портал – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

Сіроха Олександр Ігорович

студент 4го курсу 2 групи ФПЛ ЗСУ

Національного медичного

університету ім. О.О.Богомольця

Науковий керівник – асистент

Ергард Наталія Миколаївна

Кафедра судової медицини

та медичного права

Національного медичного

університету ім. О.О. Богомольця

СМЕРТЬ ВІД МЕХАНІЧНОЇ АСФІКСІЇ В РЕЗУЛЬТАТІ ПОПАДАННЯ СТОРОННІХ ПРЕДМЕТІВ І БЛЮВОТНИХ МАС У ДИХАЛЬНІ ШЛЯХИ

Сьогодні питання в судовій медицині щодо смерті від механічної асфіксії внаслідок попадання сторонніх предметів і блювотних мас у дихальні шляхи, яка має вигляд вбивства або нещасного випадку, ставлять перед собою як судово-медичні експерти, так і поліція, тому воно має велике значення для органів досудового розслідування для встановлення обставин вбивств.

Механічна асфіксія від перекивання дихальних шляхів – це гостре

2. Закон України «Про забезпечення права на справедливий суд» №192-VIII від 12.02.2015 р., зі змінами, внесеними згідно із Законом №336-VIII від 21.04.2015 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://document.ua/pro-zabezpechennja-prava-na-spravedlivii-sud-doc219620.html>.

3. Суддя Чернушенко: Порошенко та Філатов замовляли у мене справи [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://antiraid.com.ua/news/30336-suddya-chernushenko-poroshenko-ta-filatov-zamovlyali-u-mene-spravi.html>.

Селіверстова Катерина Андріївна

студентка 4 курсу II медичного факультету Національного медичного університету імені О.О.Богомольця

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ПОМИЛОК ХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ В УКРАЇНІ

Сьогодні в Україні проблема лікарських (медичних) помилок є «популярним» предметом досліджень, як лікарів, так і юристів. Однак, статистика лікарських помилок у нас майже зовсім закрита, і лише окремі випадки стають відомими громадськості. Вітчизняна судова практика з цієї категорії справ не оприлюднюється. Згідно зі статистикою найчастіше серед лікарів помиляються хірурги [1].

Метою нашого дослідження було дослідити лікарські помилки в хірургії.

Пошук проводився в таких базах даних: MEDLINE, Medscape, PubMed за період 2009-2015 рр. з використанням таких ключових слів, як «Лікарські помилки», «Хірургічні помилки», а також в мережі Internet [3, 4, 5].

Результати. Серед лікарських помилок виділяють: діагностичні, лікувально-тактичні, технічні, організаційні, деонтологічні, помилки у веденні документації та помилки поведінки медперсоналу. Щодо впливу людського фактору – об'єктивні та суб'єктивні. За етапністю (в хірургії): доопераційні, операційні, післяопераційні.

Серед умов що підвищують ризик виникнення помилок – екстремальні ситуації, складність окремих випадків, втома і неухважність хірурга, необхідність виконання роботи не за спеціальністю, слабкий контроль, недостатній рівень кваліфікації лікаря та інші.

Згідно зі статистикою, щорічно медичні працівники здійснюють майже 4000 помилок, які можна було б запобігти. Найбільш поширені помилки хірургів – порушення ходу операції і «забудькуватість»: медики занадто часто залишають в тілі пацієнта інструменти [2].

Прихильники застосування поліграфа стверджують: якщо Україна йде у світовий ринок і світові організації, то в Україні повинні бути закони, що регламентують застосування поліграфа.

Список використаних джерел

1. Шеремет А.П. Криміналістика : навч. посіб. [для студ. вищ. навч. закл.] / Шеремет А. П. – [2-ге вид.]. – К. : Центр учбов. літ., 2013. – 472 с.
2. Салтевський М.В. Криміналістика. Методика і тактика : підруч. / М.В. Салтевський – Х. : Консум, 2001. – Ч. 2. – 527 с.
3. Линник О.В. Використання поліграфа при розслідуванні злочинів у кримінальному судочинстві України : автореф. дис. / О.В. Линник. – Ірпінь, 2013. – 19 с.

Євсейчик Андрій Сергійович

*студент IV курсу 1 групи ФПЛ ЗСУ
Національного медичного університету ім. О.О.Богомольця*

Науковий керівник – асистент

Ергард Наталія Миколаївна

*Кафедра судової медицини
та медичного права*

Національного медичного

університету ім. О.О. Богомольця

КРИМІНАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Сьогодні, коли постає питання введення обов'язкової страхової медицини для всього населення України важливим моментом є надання якісних медичних послуг. Більшість судово-медичних експертиз проводяться щодо питань встановлення помилок у наданні медичної допомоги, за які в подальшому медичні працівники притягуються до кримінальної відповідальності.

Отже, значення вивчення питань кримінально-правової відповідальності медичних працівників зумовлена такими основними причинами:

- протиставлення своїх дій самій суті медичної професії особою, яка вчинила професійний злочин;
- найбільше суспільне значення злочинів порівняно з іншими видами медичних правопорушень;
- труднощі з визначенням та доведенням форми вини конкретного медичного працівника, підозрюваного у вчиненні професійного злочину;
- відсутність у представників судово-слідчих органів чіткого уявлення про специфіку професійних злочинів медичних працівників;

– необхідність для лікарів адекватного сприйняття тих наслідків, які настають за порушення норм кримінального закону [1, 2].

Медичні працівники відповідальні за вчинення злочинів на загальних засадах, до того ж у Кримінальному кодексі України (КК України) є ряд складів злочинів, які мають відношення саме до професійної діяльності лікарів.

Злочини, що вчиняються медичними працівниками у зв'язку зі здійсненням ними професійної діяльності, умовно можна поділити на такі:

- злочини проти життя і здоров'я особи (пацієнта);
- злочини проти прав особи (пацієнта);
- злочини у сфері господарської діяльності з медичної практики;
- злочини у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів;
- інші злочини, вчинені медичними працівниками у зв'язку з їхньою професійною діяльністю.

Переважає більшість «медичних» злочинів сконцентровані у розділі II КК України «Злочини проти життя і здоров'я особи». До них належать, зокрема:

- неналежне виконання професійних обов'язків, що спричинило зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби (ст. 131 КК України);
- розголошення відомостей про проведення медичного огляду на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби (ст. 132 КК України);
- незаконне проведення абортів (ст. 134 КК України) у разі якщо медичний працівник не має спеціальної медичної освіти;
- незаконна лікувальна діяльність (ст. 138 КК України) – заняття лікувальною діяльністю без спеціального дозволу, здійснюване особою, яка не має належної медичної освіти;
- ненадання допомоги хворому медичним працівником (ст. 139 КК України);
- неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником (ст. 140 КК України);
- порушення прав пацієнта (ст. 141 КК України);
- незаконне проведення дослідів над людиною (ст. 142 КК України) – порушення встановленого законом порядку трансплантації органів або тканин людини (ст. 143 КК України);
- насильницьке донорство (ст. 144 КК України);
- незаконне розголошення лікарської таємниці (ст. 145 КК України).

Варто зазначити, що випадки притягнення медичних працівників до кримінальної відповідальності, а тим більше винесення щодо них обвинувального вироку в Україні є відносно нечастими. Проте керівникам закладів охорони здоров'я необхідно знати про те, які дії чи бездіяльність

суд» від 12.02.2015 р. суддя зобов'язаний звернутися з повідомленням про втручання в його діяльність як судді щодо здійснення правосуддя до органів суддівського самоврядування та правоохоронних органів. Але чому цю заяву А. Чернушенко зробив вже після того, як був звільнений з посади?

Відповідь тут може бути тільки одна. Поки А. Чернушенко обіймав посаду голови Апеляційного суду м. Києва йому було не вигідно розголошувати про втручання в його діяльність як судді щодо здійснення правосуддя. Але як тільки він був викритий у корупції одразу зробив таку заяву, а потім сховався від органів досудового розслідування і суду.

У зв'язку зі сформованою катастрофічною ситуацією в судовій системі, до Верховної Ради України в грудні 2015 р. був представлений новий законопроект про внесення змін до Конституції України в частині правосуддя.

Цим законопроектом передбачено багато змін у статусі судді. Зокрема, всі судді призначатимуться одразу безстроково Президентом за поданням Вищої ради правосуддя (далі ВРП), яка змінить Вищу раду юстиції. ВРП передбачається сформувати з 21 суддів: 10 від з'їзду суддів, по 2 від Президента, Верховної Ради України, з'їзду адвокатів, конференції прокурорів, з'їзду юридичних вищих навчальних закладів та науковців. До складу ВРП входить за посадою Голова Верховного Суду України.

Крім того, якщо раніше затримання чи арешт судді були неможливі без згоди парламенту, то в новій редакції такі дії будуть можливі тільки на підставі схвалення ВРП. Також, згідно з чинною Конституцією, створення і ліквідація судів були прерогативою Президента – а у пропонуваній редакції такі дії повинні визначатися окремим законом. У випадку, якщо зміни наберуть чинності, вік суддів складе не менше 30 років. Відтепер, перед призначенням на посаду, судді будуть рік вчитися в Національній школі суддів України.

Немає сумніву, що пропонувані цим законопроектом нововведення повинні будуть в якійсь мірі сприятиме боротьбі з корупцією в суддівському корпусі. Але, на нашу думку, одним з перших кроків по боротьбі з корупцією в судовій системі мають бути вибори місцевих суддів. Повинен також чітко розроблений механізм відкликання суддів. Іншими словами, якщо в Україні, згідно з ч. 1 ст. 5 Конституції України носієм суверенітету і єдиним джерелом влади в Україні є народ, то народ і повинен здійснювати вибір і відкликання суддів.

Список використаних джерел

1. Закон України «Про судоустрій і статус суддів» № 2453-VI від 7.07.2010 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://kodeksy.com.ua/pro_sudoustrij_i_status_suddiv/statja-39.htm.

Рощина Інна Олександрівна
кандидат юридичних наук
доцент кафедри кримінального права і процесу
Навчально-наукового юридичного інституту
Національного авіаційного університету

ВИБОРИ СУДДІВ – УМОВА УСПІШНОЇ БОРОТЬБИ З КОРУПЦІЄЮ

Для успішної боротьби з корупцією взагалі і, зокрема, в суддівському корпусі, велике значення має статус судді. Після набуття Україною незалежності кілька разів приймалися і доповнювалися закони про статус судді.

7.07. 2010 р. був прийнятий Закон України № 2453-VI «Про судоустрій і статус суддів». Згідно з ч. 1 ст. 39 цього Закону Верховний Суд України складався з двадцяти суддів – по п'ять суддів від кожної спеціалізованої юрисдикції (цивільної, кримінальної, господарської, адміністративної), з числа яких вибирався Голова Верховного Суду України та його заступник [1]. До цього часу Верховний Суд України налічував 95 суддів.

Перші місяці роботи судів за новим Законом переконливо показали, що ця реформа була проведена поверхово й не професійно, через те вона не тільки не змінила ситуацію в суддівському корпусі в кращу сторону, але ще суттєво збільшила її, а також ускладнила можливість простому українцеві домагатися правди. Іншими словами, корумпованість суддівського корпусу в Україні стала загрозою існування самої держави.

Потім ще 4 рази приймалися закони про зміну і доповнення статусу судді, які також не дали позитивного результату.

Останній Закон «Про забезпечення права на справедливий суд» № 336-VIII був прийнятий 21.04.2015 р. Згідно з п. 1 ст. 48 цього Закону суддя у своїй діяльності щодо здійснення правосуддя є незалежним від будь-якого незаконного впливу, тиску або втручання. Суддя здійснює правосуддя на основі Конституції і законів України, керуючись при цьому принципом верховенства права. Втручання в діяльність судді щодо здійснення правосуддя забороняється і тягне за собою відповідальність, установлену законом [2]. Немає сумніву, що формулювання цієї статті доволі повно дає права суддям здійснювати правосуддя відповідно до ч. 2 ст. 126 Конституції України. Однак, на практиці судді систематично порушують чинне законодавство, у тому числі і за вказівкою різного рангу чиновників. Характерним прикладом у цьому відношенні є заява голови Апеляційного суду м. Києва А. Чернушенко, який у відео-зверненні на YouTube заявив, що на нього з боку Адміністрації Президента України були спроби втручання в діяльність Апеляційного суду м. Києва [3].

Відповідно до п. 3 Закону «Про забезпечення права на справедливий

підпадають під кримінально-правову заборону і на попередження якої поведінки підлеглих слід спрямовувати свої зусилля [3,4].

Адміністративна відповідальність є різновидом юридичної відповідальності, яка настає за правопорушення, передбачені Кодексом України про адміністративні правопорушення (далі – КУпАП).

Так, відповідно до статті 9 КУпАП адміністративним правопорушенням (проступком) визнається протиправна, винна (умисна або необережна) дія чи бездіяльність, яка посягає на громадський порядок, власність, права і свободи громадян, на встановлений порядок управління і за яку законом передбачено адміністративну відповідальність.

Адміністративна відповідальність за правопорушення, передбачені цим Кодексом, настає, якщо ці порушення за своїм характером не тягнуть за собою відповідно до закону кримінальної відповідальності. До адміністративних правопорушень у галузі охорони здоров'я населення належать, зокрема:

- порушення санітарно-гігієнічних і санітарно-протиепідемічних правил і норм (ст. 42 КУпАП);
- незаконне виробництво, придбання, зберігання, перевезення, пересилання наркотичних засобів або психотропних речовин без мети збуту в невеликих розмірах (ст. 44 КУпАП) [5, 6];
- порушення встановленого порядку взяття, переробки, зберігання, реалізації і застосування донорської крові та (або) її компонентів і препаратів (ст. 45-1 КУпАП).

Проаналізувавши питання кримінальної відповідальності медичних працівників можна дійти висновку, що до медичних працівників, які здійснили професійні злочини, можуть застосовуватися різні види покарань – від штрафу до позбавлення волі. Як основне чи додаткове покарання медичні працівники можуть бути позбавлені права займатися професійною діяльністю. Каральна властивість цього виду покарання полягає в тому, що позбавляє засудженого його суб'єктивного права на вільний вибір визначених занять протягом часу, зазначеного у вироку. Правові питання медичної науки і практики ніколи не виходили з поля зору правознавців. Однак нинішній час ретельно вимагає максимальної компетенції медичного персоналу в спеціальній юриспруденції. Право стає невід'ємною частиною їхньої професійної підготовки.

Список використаних джерел

1. Конституція України: Прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 року // Голос України, 1996, 13 липня.
2. Кримінальний кодекс України // Відомості Верховної Ради України. – 2001, № 25-26, ст.131.
3. Кримінально-процесуальний Кодекс України // Відомості Верховної Ради України, 2004, № 40-41, 42, ст. 492.

4. Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині. Закон України від 16 липня 1999 р. // Відомості Верховної Ради України – 1999. – № 41 – ст. 377.

5. Про донорство крові та її компонентів. Закон України від 23 червня 1995 р. // Відомості Верховної Ради України – 1995. – № 23, ст. 163.

6. Болотіна Н. Медичне право у системі права України // Право України – 1999. – № 7, 116-121 с.

Заверюха Єлизавета Юрївна

Студентка IV курсу І групи ФПЛ ЗСУ

Національного медичного

університету ім. О.О.Богомольця

Коваленко В'ячеслав Олександрович

Студент V курсу 16 групи

2 медичного факультету

Національного медичного

університету ім. О.О.Богомольця

Науковий керівник – доцент

доктор медичних наук

Біляков Андрій Миколайович

Кафедра судової медицини

та медичного права

Національного медичного

університету ім. О.О. Богомольця

СУДОВО-МЕДИЧНА ЕКСПЕРТИЗА УШКОДЖЕНЬ ТА СМЕРТІ ВІД ДІЇ НАРКОТИЧНОЇ РЕЧОВИНИ МЕТАДОНУ

Проблема наркоманії є актуальною для суспільства в наш час, адже все більше людей стають на слизьку доріжку, яка призводить до неминучих наслідків та навіть смерті. Окремо треба розглянути залежність від опіоїдних наркотиків, зокрема метадону.

Метадон – це агоніст опіатів синтетичної, довготривалої дії, використовується як знеболюючий засіб або як замісна терапія у героїнових наркозалежних. Діє в основному через μ -опіоїдні рецептори ЦНС, також впливає на серцево-судинну систему та гладку мускулатуру. Він здатний запобігти транспорту в клітину серотоніну та норадреналіну, що підвищує ефективність безпечнішої дії. Використовується у вигляді розчину для ін'єкцій та у вигляді пігулок. Період напіввиведення 35 годин, у певних випадках може подовжуватись до 72 годин. Виводиться із сечею, де за допомогою експрес-тестів може визначатись впродовж кількох діб.

Істотними відмінностями метадону від більшості інших опіоїдів є: його тривала дія (близько доби після одноразового вживання) та набагато

доказової бази для притягнення членів вказаних організованих груп до кримінальної відповідальності. З огляду на вищезазначене, перед криміналістичною наукою, оперативною та слідчою практикою органів досудового розслідування стоїть важливе завдання науковообґрунтованої розробки, впровадження, постійного вдосконалення й використання не тільки родових криміналістичних характеристик організованої злочинності, але й криміналістичних характеристик окремих видів злочинів, що вчинені у різних формах співучасті, зокрема, контрабанди.

Необхідною умовою якісного розслідування контрабанди, вчиненої у співучасті, насамперед, є правильна кваліфікація вчиненого. Без цього неможливо уявити цілеспрямоване документування ознак злочину в ході оперативно-розшукової діяльності, якісне планування розслідування та проведення окремих слідчих дій, своєчасне подолання протидії розслідуванню.

Згідно із загальною теорією кваліфікації злочинів при кваліфікації контрабанди, вчиненої за попередньою змовою групою осіб, спочатку встановлюється форма спільної злочинної діяльності, а потім дається оцінка ролі кожної особи-учасника даного злочину, визначаються умови й межі її кримінальної відповідальності. Якщо контрабанду вчинено організованою групою, то, крім обставин вказаних вище, необхідно встановити й факт існування групи, а також те, що вона має характер організованої. При цьому у даних формах співучасті дії кожного співучасника розглядаються як співвиконавство незалежно від ролі, яку кожний з них фактично виконував [2].

Контрабанда, що вчинюється в організованих формах, як правило, має характер тривалої і професійної злочинної діяльності. У розслідуванні такого злочину, особливо вчинюваного вже тривалий час у формі так званої «безхазяйної контрабанди», виключну роль відіграє використання можливостей оперативно-розшукової діяльності. Тому більш ефективним вбачається не відкривати кримінальні провадження за фактом, а зосередити пріоритетну увагу на оперативній розробці групи осіб, що можуть бути причетними до вказаних злочинів та готують вчинення нової контрабанди. Доцільно реалізовувати оперативно-розшукові справи відкриттям кримінальних проваджень з одночасним затриманням її членів з предметами контрабанди при спробі вчинити контрабанду, або безпосередньо після цього.

Список використаних джерел

1. Костін М.І. Контрабанда. Доказування обставин вчинення злочину на досудовому слідстві. – К., 2003. – 383 с.

2. Козаченко О.В. До проблеми вдосконалення кримінально-правових заходів боротьби з контрабандою наркотичних засобів. – К.: Митна справа, 2004. – № 4. – 146 с.

удосконалення лікарів. – Харків, 2012. – С. 20-22.

4. Гурочкін Ю.Д. Судово-медична експертиза ушкоджень, заподіяних зубами людини / Ю.Д.Гурочкін, В.П. Беляков // Судова стоматологія. – М., 2013. – 101 с.

5. Наказ МОЗ України від 12.08.2015, №415 «Про профілактику захворювань людей на сказ».

Пухтій Таїсія Миколаївна

студентка II курсу

Кафедри кримінального права

і процесу Навчально-наукового

юридичного інституту Національного

авіаційного університету

ОСОБЛИВОСТІ РОЗСЛІДУВАННЯ КОНТРАБАНДИ ВЧИНЕНОЇ У СПІВУЧАСТІ

Розповсюдження контрабанди підриває економіку держави, завдає шкоди національній безпеці та здоров'ю людей. Крім цього, даний вид злочинів нерідко створює умови для вчинення різних протиправних дій. Зокрема, контрабанда зброї, радіоактивних й деяких видів небезпечних речовин може полегшувати злочинцям вчинення бандитизму, терористичних актів, інших тяжких та особливо тяжких злочинів. Створені контрабандистами канали переміщення також можуть бути використані для розвідувальної й підривної діяльності проти України. Застосування методу контент-аналізу протягом липня-вересня 2004 року до висвітлення контрабанди періодичними виданнями України в цілому дозволяє відзначити розуміння суспільством шкідливих наслідків цього злочину і загальну потребу боротьби з ним.

Найчастіше вчинення контрабанди набуває форм організованої злочинної діяльності при переміщенні значних обсягів товарів, які користуються підвищеним попитом у населення (в тому числі акцизної групи), культурних цінностей, радіоактивних речовин, зброї й особливо наркотиків. У середньому кількість осіб, які є співучасниками цього злочину, налічує від 3 до 5 осіб. Переважає вчинення контрабанди за попередньою змовою групою осіб, що складає близько 90% від загальної кількості контрабанди, вчиненої у різних формах співучасті. У 85 відсотках – це групи з кількістю членів 2-3 особи, у 12% – від 3 до 5 осіб, і лише у 3% – більше 6 осіб. Проте, є усі підстави стверджувати, що переважна частина контрабанди, що вчинена в більш небезпечних організованих формах, має латентний характер [1].

На жаль, не зважаючи на значний досвід правоохоронних органів держави з виявлення й розслідування контрабанди, вчиненої у різних формах співучасті, сьогодні існують складнощі у створенні достатньої

більш тривалий, ніж у інших опіоїдів, синдром відміни. Так, якщо у осіб, залежних від героїну, гострий період синдрому відміни триває близько 2 тижнів, то у осіб, залежних від метадону – близько місяця (так що за цим критерієм залежність від метадону необхідно вважати навіть більш важкою, ніж залежність від того ж героїну).

Відомі два способи застосування метадону у хворих опійною наркоманією. Перший спосіб – це короткий (кілька днів) курс лікування постійно знижуються дозами метадону з метою зменшити інтенсивність проявів синдрому відміни і забезпечити «щадний» відрив хворого від опіоїдів. Другий спосіб – це власне замісна терапія, в рамках якої терміни припинення вживання метадону строго не визначені.

Як вже зазначалось, метадон має анальгезуючий, седативний ефект, може викликати відчуття ейфорії, у людини спочатку покращується настрій, з'являється тяга до життя, спілкування, але через 5-10 днів поступово це все згасає і людина для підтримки настрою збільшує кількість прийомів та дозу препарату, вже в середньому через місяць формуються психічна залежність, а через 2-3 місяці фізична [1].

Зростає побічна дія препарату: пітливість, головокружіння, нудота, блювота, діарея, втома, сухість в роті, брадикардія, м'язові судоми, міоз, порушення режиму сну, нервозність, зниження статевого потягу.

Передозування метадонем викликає: загальмованість, зниження частоти дихання, аж до повної зупинки дихання (хоча якщо людину розбудити, то вона буде в свідомості), міоз (зіниця розміром з «макове зернятко», яка майже або повністю не реагує на світло), спазм сфінктера сечового міхура, пригнічення кровообігу (гіпотензія, брадикардія аж до зупинки серцевої діяльності), кардіогенний та некардіогенний набряк легень, міоглобінурію, гостру ниркову недостатність (як наслідок синдрому тривалого здавлення), порушення свідомості аж до коми, аспірація блювотними масами.

Основні наслідки вживання метадону: печінка (відбувається руйнування клітин печінки, при тривалому вживанні наркотику є ризик розвитку токсичного гепатиту і цирозу), порушення засвоєння вітамінів і корисних речовин, організм стає ослабленим, кістки (метадон сприяє вимиванню кальцію з кісток, вони стають більш крихкими, легко ламаються), червоний кістковий мозок (порушене кровотворення), ЦНС (порушення психіки, мислення), репродуктивна система (у 60% наркозалежних чоловіків відзначається імпотенція, а у 75% жінок припиняються менструації, розвивається безпліддя) [2].

Діагностика метадонної наркоманії на розтині: мінімальна летальна доза для випадкового споживача – 50 мг. Людина виглядає значно старше свого віку, шкірні покриви сухі, бліді з жовтуватим відтінком, оскільки 95% хворіє на асоційований гепатит В і С, який призводить печінкової недостатності, дистрофії печінки, раку печінки. Унаслідок порушення

обміну кальцію характерний вигляд зубів-потовщені, мов товсті чорні «пеньки». Також характерний портальний або перипортальний гепатит, гіперплазія лімфоїдних фолікулів селезінки, токсикогіпоксична енцефалопатія, некротичний фасциїт, збільшення всіх органів та їх набряк, міоз, типовий запах від вмісту шлунка (при прийомі опіатів всередину). При судово-токсикологічному дослідженні метадон можна виявити у сечі та жовчі [3].

Отже, вживання опіоїдних наркотичних речовин дуже небезпечно для людини, адже може призвести до важких наслідків, які будуть виявлятися не лише на фізичному, а й психічному здоров'ї людини, і навіть можуть закінчитись смертю. Тому важливо суворо контролювати продаж та використання наркотичних засобів, і застосовувати їх лише за медичними показаннями та у випадках передбачених законом.

Список використаних джерел

1. Іващенко О.В., Недашківський С.М., Падалка В.М., Струк В.Ф. Особливості клініки, діагностики й лікування при отруєнні метадоном // Медицина неотложных состояний. – 2009. – №5 (24) – 385 с.
2. Элленхорн М.Дж. Медицинская токсикология: диагностика и лечение острых отравлений у человека: В 2 т. – М.: Медицина, 2003. – Т. 1. – С. 419-450.
3. Судова медицина за редакцією акад. НАМН України проф. В.Ф. Москаленка, проф. Б.В. Михальченка, 2011. – Кн. 1. – С. 303-313.

Іванов Юрій Олександрович
студент IV курсу 2 групи ФПЛ ЗСУ
Національного медичного університету
імені О.О. Богомольця
Науковий керівник – професор
доктор медичних наук
Михайличенко Борис Валентинович
завідувач Кафедри судової медицини
та медичного права
Національного медичного
університету ім. О.О. Богомольця

ОТРУЄННЯ СУРОГАТАМИ АЛКОГОЛЮ

Ні для кого не секрет, що алкоголізм є однією з основних (якщо не основною) соціально-культурних проблем України. Щороку в Україні на облік стають близько 100 тис. алкоголіків. Крім того, Україна, на основі даних ВООЗ, посідає 6-те місце за кількістю спожитих літрів чистого етанолу на одну людину і цифра ця складає – 13,9 літра [1]. Згідно з даними Державної служби статистики України, лише в 2012 році від

2. Вкушені рани, заподіяні собаками, в основному, в $66,7 \pm 3,0\%$ випадків-рвані, в $94,0 \pm 1,4\%$ – поверхневі і тільки в $6,0 \pm 1,4\%$ – глибокі, з пошкодженням підшкірної клітковини, фасції, м'язів. Собаки найчастіше кусають людей за гомілку (в $42,1 \pm 3,2\%$ випадків).

3. Вкушені рани, заподіяні людям кішками, в $97,6 \pm 1,8\%$ випадків множинні, точкові або лінійні у вигляді переривчастої лінії. Кішки найчастіше кусають людей за кисть – в $63,4 \pm 6,2\%$ випадків. Котячі укуси найбільш часто представлені колотими ранами, що ускладнює їх обробку. Ушкодження локалізуються переважно на руках і передпліччях і в 2/3 випадків супроводжуються розвитком інфекції, в числі збудників – широкий спектр аеробних і анаеробних мікроорганізмів. Існує навіть окрема хвороба – хвороба котячих подряпин.

4. Ушкодження, завдані зубами людини, становлять $10,6 \pm 3,0\%$ від усіх хворих з вкушеними ранами в загальному хірургічному стаціонарі; в основному, це травми, отримані при ударі кулаком по зубах. Травми, отримані при ударі кулаком по зубах, – це рвано-забиті рани або садна, локалізовані в проекції головок II-V п'ясткових кісток. Для їх гнійних ускладнень характерно поширення процесу по сухожильних просторах кисти.

Вкушені рани обличчя мають свої особливості при хірургічній обробці.

По-перше, одразу після укусу треба ретельно обробити рану 10% розчином господарчого мила. По-друге, як правило, це рани з рваними розчавленими краями, тому нежиттєздатні їх шари треба видалити. По-третє, вкушені рани треба дрениувати, протягом 5-7 діб, за винятком неглибоких ран. По-четверте, всі вкушені рани потребують призначення антибіотиків тому, що вони первинно заселені мікроорганізмами. При вкушених ранах лікар повинен визначити показання до проведення вакцинації (наказ МОЗ України від 12.08.2015, 415 «Про профілактику захворювань людей на сказ») [5]. При цьому тварина по можливості повинна бути виловлена для 10-денного ветеринарного спостереження. Для підтвердження наявності сказу у тварини – це її смерть протягом 10 діб.

Список використаних джерел

1. Яковлева Людмила Михайлівна кандидат медичних наук. Дисертація на тему: «Укушені рани: особливості клінічного перебігу та хірургічної тактики» // науковий керівник: Г.А. Блувштейн. – Саратов. – 156 с.
2. Гуджіно В.Н. Ідентифікація особи за слідами залишеним зубами // В.Н. Гуджіно, В.П. Беляков // Судова стоматологія. – М., 2013. – С. 110-112.
3. Гуров О.М. Смертельна травма заподіяна зубами собаки / О.М. Гуров, А.В. Мухін // Збірник наукових праць Українського інституту

Приліпко Катерина В'ячеславівна

*студентка 4 курсу 3 групи
медичного факультету № 2*

*Національного медичного
університету імені О.О. Богомольця*

Науковий керівник – професор

доктор медичних наук

Бабкіна Олена Петрівна

Кафедра судової медицини

та медичного права Національного

медичного університету

імені О.О. Богомольця

СУДОВО-МЕДИЧНА ЕКСПЕРТИЗА ВКУШЕНИХ РАН

Серед усіх ушкоджень, що зустрічаються в практичній медицині, важливе місце займають рани, завдані тваринами або людиною. Зазвичай, ділянка ушкодження таких ран мала, але самі вони можуть мати значну глибину. Вкушені рани характеризуються забоем, розривом тканин, неправильною кільцеподібною формою, з нерівними краями. В 1974 р D. Nagries зі співавторами визначив укуси тварин, як нерозпізнану епідемію і серйозну проблему, лікування ран, нанесених людині. За даними літератури частота вкушених ран серед усіх травматичних ушкоджень становить 17% [1]. Щорічно в світі близько 10 мільйонів людей звертаються з приводу ушкоджень, заподіяних тваринами. Приблизно 80% вкушених отримують невеликі ушкодження і не звертаються до лікарів. Найбільше вкушених ран, наноситься собаками, кішками або самою людиною [2]. Характер ран, заподіяних тваринами, може бути різним, від поверхневих і незначних ушкоджень до великих, що призводять іноді до смертельних наслідків.

Саме напад тварини є важкою психічною травмою, і це особливо небезпечно для дитини або людини з супутньою патологією [3]. Вкушена рана, заподіяна тваринами, може призвести до смертельного захворювання – сказу. У даний час відзначається глобальне зростання рабчної інфекції в світі [4]. Висічення і накладення швів на вкушену рану небезпечно через можливість дисемінації при цьому вірусу сказу.

У даний час погляд на лікування вкушеної рани ще остаточно не сформувався, а кількість людей, які постраждали від укусів тварин постійно зростає. Потрібні нові експериментальні та клінічні спостереження за вкушеною раною для вирішення питань давності та відповідності лікування.

Згідно з даними літератури, відомо що:

1. Особливості клінічної характеристики і течії вкушених ран, залежать від того, якою твариною або людиною вони були нанесені.

отруєння алкоголем померло 4 тис. чоловік. Найбільша кількість випадків припадає на східні та північні регіони країни (Донецька, Луганська, Дніпропетровська, Сумська, Житомирська області), найменша – на західні області (Львівська, Рівненська, Закарпатська).

Причини пияцтва доволі тривіальні та, свого часу, надзвичайно влучно підмічені класиком: «коли трапляється щось погане, п'єш, щоб забути; коли трапляється щось хороше, п'єш, щоб відсвяткувати; коли нічого не трапляється, п'єш, щоб щось та й трапилося», тож, можливо, українці обрали це вислів як кредо, через що й маємо таку сумну статистику.

Важливо підмітити, що алкогольні напої безкоштовно на вулицях не роздають, а коштують вони грошей, що для алкоголіка «зі стажем» часто влітає в копійчку, адже сенсibilізація організму до алкоголю падає, гроші розходяться все швидше, а зупинитися стає дедалі важче. Тому деякі з них йдуть легшим і менш затратним шляхом і замінюють алкоголь його сурогатами. Сюди відносяться речовини, що, крім етилового спирту, містять різноманітні домішки (денатурат, клей ПФ, лос'йони, одеколони) та інші одноатомні високотоксичні спирти (метиловий спирт, етиленгліколь, антифриз, гальмієва рідина). Метиловий спирт у дозі 20-30 мл може викликати важке незворотне ураження сітківки, зорового і слухового нервів. Метиловий спирт та етиленгліколь умовно відносять до другої групи сурогатів алкоголю. Також до отруєння можуть призвести різні спиртові настоянки та ліки, зокрема власного виготовлення, призначені для дозованого крапельного чи зовнішнього застосування [2]. Чимало з них можуть спричинити гостре порушення серцевої діяльності, судоми, ураження печінки, нирок.

Отруєння сурогатами алкоголю займає провідну позицію в статистиці всіх інтоксикацій. Причому 98% хворих гинуть до госпіталізації.

Симптоми отруєння алкогольними сурогатами відрізняються в залежності від того, до якої групи вони належать. Вони будуть більш сприятливими, якщо це алкогольні сурогати першої групи, що містять етиловий спирт, і більш важкі і небезпечні при отруєнні метанолом або етиленгліколем, тому на них варто зупинитися докладніше.

Отже, симптоми отруєння сурогатами, що містять етиловий спирт клінічно проявляються спочатку ознаками алкогольного сп'яніння, а саме:

- емоційний і рухове збудження;
- почервоніння обличчя;
- стан ейфорії;
- пітливість;
- підвищене слиновиділення;
- відчуття психічного і фізичного розслаблення.

Потім сп'яніння змінюється симптомами алкогольної інтоксикації. Шкіра стає блідою. З'являються часті позиви до сечовипускання. Зіниці

розширюються, в роті виникає відчуття сухості. Підвищена психічна та фізична активність супроводжується порушенням координації, рухи стають старанні. Стає зниженою концентрація уваги, мова невиразна. Різка зменшена або зовсім відсутня критика своїх слів і дій.

При отруєнні метанолом спостерігаються такі особливості.

Оскільки метиловий спирт швидко всмоктується в травній системі, то близько 75% поглиненої отрути виводиться з диханням, а решта – із сечею. Смертельна доза становить від 50 до 150 мілілітрів. Основний удар при отруєнні доводиться на нервову систему і нирки. Виникає психотропний ефект (патологічні зміни психіки) і нейротоксична дія, що супроводжується, в тому числі і пошкодженням зорових нервів, сітківки.

Отже, при отруєнні сурогатами алкоголю, що містять метанол, виникають такі симптоми:

- розширення зіниць;
- нудота, блювання;
- сп'яніння і ейфорія виражені слабо;
- порушення зору: мерехтіння чорних крапок перед очима, нечіткість бачення, диплопія (двоїння в очах) і навіть сліпота;
- зовні у таких хворих зіниці розширені, мляво реагують на світло;
- через 1-2 дня після отруєння з'являються болі в животі, попереку, ломота в м'язах і суглобах;
- підвищується температура до 38°C;
- сухість шкіри і слизових;
- знижений артеріальний тиск;
- перебої в роботі серця;
- сплутаність свідомості;
- напади збудження, що супроводжуються судомами;
- з наростанням симптомів потерпілий впадає в кому, розвивається параліч кінцівок.

Симптоми отруєння етиленгліколем. Етиленгліколь теж швидко всмоктується в травному тракті. Близько 60% отрути розщеплюється в печінці, близько 20-30% – виводиться нирками. Тому найбільше страждати будуть саме ці органи аж до розвитку їх гострої недостатності. При важкому отруєнні з'являються ознаки ураження нервової системи [3].

При інтоксикації цим сурогатом алкоголю симптоми розвиваються за періодами:

1. Ранній період. Він триває близько 12 годин і характеризується ознаками алкогольного сп'яніння при хорошому самопочутті.

2. Токсичне ураження нервової системи. Відзначаються: нудота, блювота, головний біль, спрага, діарея, шкіра і слизові стають синюшними. Зіниці розширені, підвищується температура тіла, з'являється утруднене дихання, тахікардія, психомоторне збудження. Можливі втрата свідомості з розвитком судом.

ступеня тяжкості тілесних ушкоджень по одному і тому самому випадку:

Громадянин С. отримав черепно-мозкову травму у формі струсу головного мозку. Було проведено експертизу в бюро судово-медичної експертизи. Судово-медичним експертом М. було встановлено громадянину С. легкий ступінь тяжкості тілесних ушкоджень, а при повторній судово-медичній експертизі судово-медичний експерт Т. встановив середній ступінь тяжкості. Проте, згідно з «Правилами судово-медичного визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень» експертом М. було правильно визначено ступінь тяжкості тілесних ушкоджень у громадянина С. тому, що струс головного мозку характеризувався такими ознаками: втрата свідомості до 5 хвилин, нудота, блювота, зниження м'язового тону, ністагм, рентгенологічно було виключено переломи, тріщини черепа і зміщення шийних хребців при огляді офтальмологом судин і диска зорового нерва було виключено крововиливи і пластинчасті гематоми. Тривалість цієї клінічної симптоматики становила до 7-10 днів, що є притаманним для легких тілесних ушкоджень з короткочасним розладом здоров'я.

Отже, необхідно зауважити, що при визначенні ступеня тяжкості тілесних ушкоджень за критерієм тривалості розладу здоров'я необхідно враховувати не кількість днів проведених на стаціонарному лікуванні, а тільки тривалість проявів клінічної симптоматики.

Список використаних джерел

1. Авдеев М.И. Судебно-медицинская экспертиза живых лиц. – М.: Медицина, 1966. – 25 с.
2. Громов А.П. Курс лекций по судебной медицине. – М.: Медицина, 1979. – 48 с.
3. Кримінальний кодекс України від 05.04.2001 р. № 2341 із змінами та доповненнями.
4. Сапожников Ю.С. Криминалистика в судебной медицине. – К.: Здоров'я, 1970. – 120 с.

тяжкості тілесних ушкоджень. Питома вага її серед експертиз живих осіб сягає 90%. Вона призначається в кожному випадку, якщо необхідно визначити ступінь вини і міру покарання винного за нанесення тілесних ушкоджень [1].

Визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень проводиться згідно з Правилами судово-медичного визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень. Відповідно до цих правил несмертельні тілесні ушкодження поділяються на: тяжкі, середнього ступеня тяжкості, легкі з короточасним розладом здоров'я чи незначною стійкою втратою працездатності і легкі, які не потягнули за собою короточасного розладу здоров'я чи незначної стійкої втрати працездатності [2].

Виходячи з положень ст. 121 КК України, тяжке тілесне ушкодження, тобто умисне тілесне ушкодження, небезпечне для життя в момент заподіяння, чи таке, що спричинило втрату будь-якого органу або його функцій, психічну хворобу або інший розлад здоров'я, поєднаний зі стійкою втратою працездатності не менш як на одну третину, або переривання вагітності чи непоправне знівечення обличчя.

Небезпечними для життя є ушкодження, які самі по собі в момент нанесення загрожують життю потерпілого чи при звичайному їх протіканні закінчуються чи можуть закінчитися смертю.

Середньої тяжкості тілесне ушкодження – це ушкодження, яке не є небезпечним для життя і не потягло за собою наслідків, передбачених у статті 121 КК України, але таке, що спричинило тривалий розлад здоров'я або значну стійку втрату працездатності менш як на одну третину [3].

Під розладом здоров'я варто розуміти хворобливий стан організму, тривалість якого визначається строком повного загоювання ушкоджень, тобто відновленням анатомічної цілісності і ліквідацією функціональних порушень. Тривалим вважається розлад здоров'я на строк понад три тижні (більше як 21 день).

Під стійкою втратою загальної працездатності належить розуміти таку необоротну втрату функцій, котра повністю не відновлюється.

Під стійкою втратою працездатності менш як на одну третину варто розуміти втрату загальної працездатності від 10 до 33%.

Легкі тілесні ушкодження. До легких тілесних ушкоджень, які спричинили короточасний розлад здоров'я чи незначну стійку втрату працездатності, відносяться ушкодження, які викликали короточасний розлад здоров'я тривалістю понад шість днів, але не більше як три тижні (21 день), чи незначну стійку втрату загальної працездатності до 10%.

До легких тілесних ушкоджень, які не спричинили короточасного розладу здоров'я чи не значної стійкої втрати працездатності, відносяться ушкодження з незначними швидкоминущими наслідками, які продовжувалися не більш як шість днів [4].

Наводимо приклад із судово-медичної практики визначення різного

3. Нерво і гепатотоксичний період розвивається на 2-5 день від початку захворювання. Відзначається клініка печінкової і ниркової недостатності. З'являється жовтушність шкіри, яка з'являється спочатку на склерах і в останню чергу жовтіють долоні. Характерний свербіж шкіри, може відбуватися потемніння сечі. Ниркова недостатність проявляється зниженням діурезу аж до його відсутності.

Невідкладна допомога при отруєнні сурогатами алкоголю. При підозрі на отруєння сурогатами алкоголю невідкладна допомога буде залежати від вихідного стану хворого. Якщо хворий без свідомості, то його треба укласти на рівну тверду поверхню, повернути голову набік, щоб не було аспірації блювотними масами і викликати швидку допомогу. При порушенні дихальної та серцевої діяльності, спочатку викликають швидку допомогу, а потім вже проводять непрямий масаж серця і штучне дихання.

Коли потерпілий у свідомості, перша долікарська допомога складається з таких дій:

- прийняти сорбент;
- сольове проносне;
- випити обволікаючий відвар, наприклад, кисіль;
- екстрена госпіталізація в стаціонар.

Лікування отруєння сурогатами алкоголю в стаціонарі:

– промивання шлунка через зонд, при інтоксикації метанолом його повторюють протягом 3 діб. Дають сорбенти;

– антидотне лікування в обох випадках однаково: внутрішньовенно-крапельно вводять п'ятивідсотковий етанол. При легких отруєннях допускається прийом етилового 30% спирту всередину;

– при отруєнні етиленгліколем вводять глюконат кальцію для нейтралізації продуктів розщеплення отруйної речовини;

– проводиться форсований діурез, який заснований на краплинному введенні великої кількості розчинів і сечогінних препаратів при відсутності порушення функції нирок;

– виведення токсинів з крові проводиться також методом гемодіалізу;

– проводиться введення глюкози з новокаїном, преднізолону, вітамінів групи В і С;

– при отруєнні метанолом виконуються спинномозкові пункції;

– у важких випадках інтоксикації етиленгліколем може знадобитися пересадка нирки [4].

Незважаючи на те, що перебіг при отруєнні сурогатами алкоголю, що містять етиловий спирт, більш сприятливе, наслідки можуть бути дуже серйозними. Прогноз визначається кількістю випитої підробки, а в більшій мірі своєчасністю надання медичної допомоги. Якщо хворий страждав хронічним алкоголізмом, отруєння протікає важче і випадків смертей більше, ніж у тих, хто не мав алкогольної залежності.

При інтоксикації метанолом можлива повна втрата зору, який після

виведення отрути з організму не відновлюється. Сурогати на основі етиленгліколю призводять до відмови нирок. Такі хворі, в основному, вмирають.

Проблема отруєння алкогольними сурогатами, на жаль, залишається актуальною на сьогоднішній день. Багато людей стикаються з цією хворобою, тому знання ознак таких інтоксикацій допоможе не тільки своєчасно надати невідкладну допомогу потерпілому, а й, можливо, врятувати йому життя!

Список використаних джерел

1. Глобальна доповідь ВООЗ про стан справ у сфері алкоголю та здоров'я (2014 року) - дані станом на 2010 рік. [Електронний ресурс]. - Режим доступу: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msb_gsr_2014_3.pdf
2. Могош Г. Гострі отруєння: Пер. с рум. М. Бурт, Л. Чернашов / Г. Могош. – Бухарест, 1984. – 580 с.
3. Вищі спирти. Органічна хімія [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://chemistry.narod.ru/razdeli/Organic/3-spiriti.htm>
4. Курсов С.В. Особливості клінічної картини отруєнь деякими алкогольними сурогатами та їх інтенсивна терапія / С.В. Курсов, К.Г. Міхневич, Агапідіс Алексіс Рево // Невідкладна медична допомога. – Х., 2002. – Вип.5. С. 330-332.

Калашник Іван Юрійович

*студент IV курсу 2 групи ФПЛ ЗСУ
Національного медичного університету
імені О.О. Богомольця*

Науковий керівник – асистент

Ергард Наталія Миколаївна

*Кафедра судової медицини
та медичного права
Національного медичного
університету ім. О.О. Богомольця*

ПОВИЩЕННЯ ТА ЙОГО ДІАГНОСТИЧНІ ОЗНАКИ

При проведенні судово-медичної експертизи механічної асфіксії внаслідок підвищення одними із важливих питань, які вирішуються судово-медичними експертами, є визначення діагностичних критеріїв підвищення. Адже тільки в такому випадку можна розраховувати на вірний висновок, який в свою чергу дасть можливість робити висновок про вбивство чи самогубство.

Повищення – це такий вид механічної асфіксії, коли петля на ший

свідомості. Обстеження показало спазм мозкової артерії і крововилив. Навіть через два місяці залишалися розлади пам'яті та інтелекту, судоми кінцівок. Гострий психоз, викликаний кокаїном, супроводжується звуженням свідомості, оглушенням, сутінками, втратою розуму, які можуть доповнюватися тривогою і страхом, маніакальним синдромом, відчуттям жаху, з якого неможливо вибратися. Після виходу з гострого психозу психотичні стани можуть затягуватися вже на тлі ясної свідомості: людина переживає депресію, агресивні напади, сильний страх, порушення координації [1].

Отруєння кокаїном – як нещасний випадок або (рідше) самогубство. У клінічній картині виділяють дві стадії – збудження і паралічу: спочатку людина збуджується, безпричинно сміється, марить, потім обличчя її різко блідне, починається блювання, слабшає діяльність серця, втрачається свідомість, розладнаються дихання. Смерть, як правило, настає від паралічу дихального центру. Під час розтину трупа виявляються лише загальноасфіксічні ознаки смерті. Кокаїн в організмі швидко руйнується, проте можуть бути виявлені продукти його розпаду (екгонін) [2].

Отже, проблема наркотиків, в тому числі вживання кокаїну серед населення України залишається актуальною і на сьогоднішній день. Тому, на наш погляд, необхідним є проведення просвітницьких заходів серед молоді, задля попередження негативних наслідків вживання наркотиків.

Список використаних джерел

1. Могош Г. Гострі отруєння: Пер. с рум. М. Бурт, Л. Чернашов / Г. Могош. – Бухарест, 1984. – 580 с.
2. Пятницкая И.Н. Общая и частная наркология: Руководство для врачей. / И.Н. Пятницкая. – К.: Медицина, 2008. – 348 с.

Пилипенко Валерія Миколаївна

*студентка факультету підготовки
лікарів для Збройних сил України
НМУ імені О.О. Богомольця*

Науковий керівник – асистент

Ергард Наталія Миколаївна

*Кафедра судової медицини
та медичного права
Національного медичного
університету ім. О.О. Богомольця*

ЮРИДИЧНА КЛАСИФІКАЦІЯ ТА ЕКСПЕРТНІ КРИТЕРІЇ СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ ТІЛЕСНИХ УШКОДЖЕНЬ

Будь-який замах на життя і здоров'я громадян підлягає покаранню. Найпоширенішим видом експертизи живих осіб є визначення ступеня

Список використаних джерел

1. Кримінальний кодекс України // Відомості Верховної Ради України. – 2001. – № 40-41, 42. – ст. 492.

Переймибіда Дмитро Ярославович

студент IV курсу ФПЛЗСУ I групи

Національного медичного

університету ім. О.О. Богомольця

Згурський Петро Андрійович

студент IV курсу ФПЛЗСУ I групи

Національного медичного

університету ім. О.О. Богомольця

Науковий керівник – асистент

Ергард Наталія Миколаївна

Кафедра судової медицини

та медичного права

Національного медичного

університету ім. О.О. Богомольця

ОТРУЄННЯ КОКАЇНОМ

Ті, хто вперше бажає вжити наркотик думають, що разове вживання не призводить до наркоманії і, отже, безпечне для здоров'я. При першому прийомі наркотику можна померти від невірної вибраної початкової дози (яка у кожного може бути індивідуальною), через фальсифікації наркотичної речовини, або в силу індивідуальної нестерпності того, чи іншого препарату. Дуже часто дія наркотику виявляється незапланованою. Іноді це призводить до передозування наркотичним засобом, що може потягнути за собою трагічні наслідки. Трагізм цих епізодів в тому, що вмирили не наркомани, а молоді, здорові люди, які легко помилялися в малих дозах. Навіть при епізодичних, разових частуваннях можна зіткнутися з різними неприємностями. У західній літературі бурхливо обговорюються небезпеки введення кокаїну. Особливо часті серцево-судинні реакції, нерідко зі смертельним результатом. Разове введення кокаїну, не тільки внутрішньовенне, але і шляхом вдихання, може викликати сильне серцебиття, судоми, і навіть миттєвий інфаркт у молодих людей з абсолютно здоровою серцево-судинною системою. Можлива гостра закупорка коронарних артерій. Крім гострих інфарктів серця і легенів можливі кровотечі, кишкові розриви, викидні. Збудження, тремтіння кінцівок, судоми можуть виникнути при застосуванні однієї четвертої початкової дози. Можливі внутрішньомозкові крововиливи, судинні мозкові катастрофи при різкому підйомі кров'яного тиску. У 18-річного юнака, який перебував у стані героїнової абстиненції, разове введення амфетаміну викликало блювоту, головний біль, сплутаність

затягується під вагою власного тіла чи його частини. У першому випадку труп повністю висить, у другому – може мати точку опори і перебувати в напівсидячому, напівлежачому стані і т. ін. Інколи здається незрозумілим, чому людина померла, адже варто було злегка розслабити петлю, і смерть не настала б.

Варто сказати, що повішення – дуже поширений вид самогубства, адже він простий у виконанні, дуже швидкий і, як не прикро, надійний. Причини повішення як самогубства доволі різноманітні (нерозділене кохання, втрата близької людини, безвихідне соціальне становище або ж каяття після вчиненого вбивства), також можливе повішання як нещасний випадок. Однак іноді, щоб заплутати слідство, вже вбитих (трупи) підвішують з метою симуляції самогубства чи нещасного випадку.

Далі розглянемо всі аспекти повішення.

Петля. За характером петлі можуть бути тверді, напівтверді і м'які; за будовою вони поділяються на ковзкі і нерухомі. При повішенні найчастіше спостерігаються ковзкі петлі. Залежно від розташування вузла виділяють типове, бокове і атипове повішення. Типовим називають таке повішення, коли вузол петлі розміщується в місці потилиці, атипове – спереду (вузол у місці підборіддя) і бокове – справа чи зліва. Для судово-медичного дослідження труп доставляється або з петлею на шиї, або петля надходить окремо. При цьому бажано сфотографувати труп з петлею і після її зняття. Для того, щоб зняти петлю, її перерізають на боці, протилежному вузлу, а відрізки зшивають нитками. Зняту петлю зберігають як речовий доказ і передають слідчому [1]. Основною видовою ознакою при повішенні є слід від петлі, а саме: странгуляційна борозна, яка розміщується високо на шиї (вище щитовидного хряща), має косовисхідний напрямок у бік вузла, нерівномірно виражена (вона виражена більш на боці, протилежному вузлу), незамкнута (зазвичай переривається в місці розміщення вузла), інколи буває замкнута – при атиповому повішенні. При дослідженні странгуляційної борозни в акті дослідження трупа описують усі її особливості: 1) розміщення на передній, боковій і задній поверхні шиї, причому його рекомендується описувати за анатомічними ділянками шиї (на передній – стосовно верхнього краю щитовидного хряща, на бокових – на віддалі від кутів нижньої щелепи і мочок вух, на зданій – від лінії росту волосся чи середнього потиличного бугра); 2) напрямок – при повішенні борозна має косовисхідний напрямок, але може бути майже горизонтальною при лежачому положенні трупа; 3) виразність; 4) відзначають кількість витків (одинична, подвійна, багатообертова), наявність проміжних валиків, стан судин і наявність крововиливів у товщі проміжних і крайових валиків; 5) замкнутість: замкнена, незамкнена, перервна (якщо борозна незамкнена, необхідно визначити і описати, де саме і на якій відстані вона втрачає свої обриси); 6) ширину на всій відстані; 7) глибину, щільність,

колір (за наявності сліду від вузла вказується його локалізація, розміри, форма задушення); 8) рельєф борозни, наявність деталей, які відтворюють особливості матеріалу петлі [1]. Серед інших видових ознак при підвищенні можуть спостерігатися: випадання язика і защемлення його між зубами, розміщення трупних плям на ступнях і гомілкях (при тривалому вертикальному положенні тіла). Інколи спостерігаються переломи ріжків під'язикової кістки і хрящів гортані, крововиливи у м'які тканини шиї по ходу странгуляційної борозни і по ходу грудинно-ключично-соскового м'яза. Часто спостерігаються поперечні надриви інтими загальної сонної артерії на місці її розгалуження (ознака Амюса). Методика дослідження органів шиї при підвищенні. З метою виявлення змін у ділянці шиї необхідно старанно дослідити органи шиї, для чого після середнього чи комірчикоподібного розрізу і відшарування шкіри пошарово оглядають і поперечно розтинають м'язи передньої поверхні шиї (грудинно-ключично-соскові, діафрагми рота та ін.), оглядають і розтинають лімфатичні вузли – підборідні, підщелепні, глибокі шийні, старанно оглядають симпатичні вузли. Стан хрящів гортані та під'язикової кістки визначають спочатку на дотик, а потім оголюють їх, відсерпаровуючи зв'язки і м'язи. Сонні артерії розтинають у повздовжньому напрямку. Оглядають стовбури блукаючих нервів. Оскільки в деяких випадках при підвищенні бувають розриви міжхребцевих зв'язок, вивихи хребців і навіть переломи тіла і зубоподібного відростка шийного хребця, необхідно старанно досліджувати і ці відділи хребта [2]. При дослідженні трупів осіб, які загинули в результаті підвищення, звертають увагу на наявність різних ушкоджень на тілі, зазначають їхню локалізацію, характер, розміри, форму, ступінь загоювання, стан одягу, його забруднення і т.ін. Генез смерті при підвищенні дуже складний, і його не можна звести тільки до здавлення дихальних шляхів (відомий випадок, коли смерть настала у трахеотомованих людей). Тут має значення і стискання судинно-нервового пучка шиї, і подразнення сильних рефлексогенних ділянок шиї. Стиснення судинно-нервового пучка шиї призводить до припинення відтоку крові від голови по яремних венах, у результаті чого наростає кисневе голодування мозку, до якого центральна нервова система найбільш чутлива. Стискання блукаючих нервів і їх гілок може призвести до рефлекторної зупинки серця.

Для вирішення питання про самовбивство чи убивство необхідно: 1) детально дослідити напрямок волокон мотузки в місцях її зіткнення з предметом, на якому висить труп, а також волокон на поверхні дерева в цьому ж місці, якщо мотузка перекинута і підв'язана до дерева. При самопідвищенні мотузка ковзає вниз під вагою тіла, тому її волокна в ділянці перекладини спрямовані догори, а на поверхні дерева в цьому ж місці під тиском мотузки – донизу. У випадку підвішування тіла чи трупа мотузка підтягується через перекладину, тому волокна на поверхні

Причиною смерті може бути нещасний випадок (несприятливий наслідок, викликаний обставинами, які лікар не міг передбачити і усунути) чи лікарська помилка (об'єктивні чи суб'єктивні причини при наявності пом'якшуючих обставин) – недостатні діагностика, досвід, вміння лікаря при його добросовісності; медичне правопорушення і професійний злочин (порушення професійних обов'язків – халатність, легковажність, злочинна недбалість).

Серед причин смертності дітей віком до одного року дві третини складають захворювання, які є наслідком стану здоров'я матері та якості медичної допомоги матері впродовж вагітності та пологів. Випадки материнської смерті поділяються на дві групи: смерть, безпосередньо пов'язана з акушерськими причинами: смерть в результаті акушерських ускладнень, стану вагітності (тобто вагітності, пологів та післяпологового періоду), а також у результаті втручань, упущень, неправильного лікування або ланцюга подій, що настали за будь-який з перерахованих причин.

Прикладом цього може бути той факт, що у Львівській області впродовж 2012-2013 років слідчі скерували до суду 4 кримінальні провадження щодо акушерів-гінекологів. Їх підозрюють у недбалстві, яке спричинило смерть новонароджених та породіллі. Двоє діток померли у відділенні екстрагенітальної патології вагітних Львівської клінічної лікарні. У першому випадку немовля отримало пологову травму голови під час операції. Попри інтенсивне лікування дитина таки померла. В іншому випадку дитина померла під час кесаревого розтину ще в утробі матері. У поліції повідомили, що у смерті дітей винен той самий лікар. Також дитина померла, так і не з'явившись на світ, у черговому пологовому відділенні Сокальської центральної районної лікарні. У її смерті винен акушер-гінеколог, який недбало провів кесаревий розтин. У Бродівській центральній районній лікарні через помилку акушера померла породілля. Доволі часто такі випадки трапляються у медичній практиці й несуть за собою кримінальну відповідальність відповідно до чинного Кримінального кодексу України ст. 140 «Неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником» й караються позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до п'яти років або виправними роботами на строк до двох років, або обмеженням волі на строк до двох років, або позбавленням волі на той самий строк [1].

Отже, розглядаючи зазначене питання, ми можемо зробити висновок про те, що дана тема неабияк важлива для кожної людини, адже практично всі стикаються за своє життя з процесом пологів. І кожен розуміє, що на сучасному етапі розвитку медицини пологи приймають у медичному закладі з обов'язковою участю лікаря. Проте недбала медична діяльність є найчастішою причиною виникнення смерті матерів та новонароджених під час пологів.

тілесних ушкоджень без розладу здоров'я. Більш просторі садна можуть бути легкими тілесними ушкодженнями з короточасним розладом здоров'я. Терміни гоєння саден варіабельні і залежать від їх глибини, розмірів та локалізації, а також від віку і стану здоров'я [4].

На сьогоднішній день при надходженні хворих, лікарі не описують садна, і в подальшому стає проблематично встановити термін їх давності судово-медичним експертам.

Список використаних джерел

1. Бойко С.О. Судово-медична експертиза визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень. – Ужгород, 2003. – 225 с.
2. Михайличенко Б.В. Судова медицина: навчально-методичний посібник / За ред. Б. Михайличенка. – К.: МП Леся, 2001. – 416 с.
3. Концевич І.О.; Михайличенко Б.В. Судова медицина. – К., 1998. – 40 с.
4. Матишева А. А. Судова медицина. – М., 1990. – 223 с.

Перебийніс Вікторія Володимирівна

З медичного факультету

Національного медичного

університету ім. О.О.Богомольця

Цапук Марко Ігорович

студент 2 групи 4 курсу

факультету підготовки лікарів

для Збройних сил України

Національного медичного

університету ім. О.О.Богомольця

Науковий керівник – асистент

Ергард Наталія Миколаївна

Кафедра судової медицини

та медичного права

Національного медичного

університету ім. О.О. Богомольця

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ДИТЯЧОЇ ТА МАТЕРИНСЬКОЇ СМЕРТНОСТІ ПІД ЧАС ПОЛОГІВ

Щорічно гине понад 500 тисяч жінок та близько 4 мільйонів новонароджених помирають у перші 28 днів життя через ускладнення вагітності та пологів.

Смертність материнська та немовлят вважається одним із найважливіших питань навіть при сучасному розвитку медицини, її виділяють із загальної проблеми смертності. Кожен випадок материнської смерті – це трагедія для всіх, адже помирає молода жінка, залишаються сиротами діти.

мотузки в місцях її зіткнення з перекладиною будуть спрямовані донизу, а на поверхні дерева в цьому ж місці – догори; 2) обов'язково виміряти висоту підставки, яка є біля трупа; відстань від землі (підлоги) до підшов; відстань від верхньої частини підставки до предмета, до якого прикріплений мотузок. Отримані дані зіставляються з довжиною трупа з витягнутими догори руками; 3) оглянути зв'язування вузла і його характер (якщо руки трупа зв'язані); 4) на долонях підвищеного інколи вдається виявити волокна матеріалу петлі, які можна зняти липкою стрічкою або заливши долоні парафіном [3]. Виявлені на трупі ушкодження ще не свідчать про колишню боротьбу і опір. Ушкодження можуть бути випадковими, виникнути під час судом, могли бути нанесені прижиттєво задовго до смерті або заподіяні своєю рукою. У кожному випадку слід враховувати їхню локалізацію, характер, ступінь загоювання і зіставити з даними обставин справи. Значно полегшується завдання у тих випадках, коли убивство вчинено шляхом смертельних ушкоджень, а труп з метою симуляції самогубства підвішений. Але зустрічаються випадки, коли вбивство вчиняється шляхом удавлення руками, закриття отворів рота і носа чи іншими видами механічної асфіксії із подальшим підвішуванням тіла. Одним із важливих і складних питань, які виникають при цьому, є встановлення прижиттєвості странгуляційної борозни. Складність вирішення цього питання полягає в тому, що странгуляційна борозна, яка виникла прижиттєво, не відрізняється макроскопічно від посмертної. Диференційна діагностика прижиттєвої странгуляції від посмертної може бути найбільш успішною при комплексному дослідженні трупа з урахуванням обставин справи, виявленні наявності загальноасфіктичних ознак смерті, видових ознак повішення, гістологічного дослідження странгуляційної борозни і блукаючих нервів [4]. Для прижиттєвої странгуляційної борозни поряд із ознаками стискання шкіри – ущемлення епідермісу і сосочкового шару дерми, гомогенізації, порушення тинкторіальних властивостей травмованих тканин – характерна наявність набряку клітин мальпігієвого шару, повнокрів'я судин шкіри, крайових і проміжних валиків, крововиливи в ділянки дна борозни, а також подразнення і розпад більшості нервових елементів шкіри. Поряд із цим відзначається зміна і стовбурів блукаючих нервів (розтягування і розриви частини аксонів з утворенням на кінцях парасольок, клубочків, різної форми натіків нейроплазми). При посмертній странгуляції зазначені зміни відсутні. Гістологічному дослідженню піддається, як правило, ділянка шкіри странгуляційної борозни в місці найбільшої її вираженості поза трупними плямами. Причому шкірний шматок вилучається у вигляді трапеції, основа якої відповідає нижньому валику. Зрізи проводяться так, щоб у препараті була представлена шкіра над і під борозною. Крім цього, досліджуються шийні відділи блукаючих нервів. Проаналізувавши все вище сказане, можна стверджувати, що у діагностиці повішання при

проведенні судово-медичної експертизи варто дотримуватись багатьох аспектів, зокрема правильної послідовності та повноти досліджень, вміти провести порівняльну діагностику. Тільки так можна розраховувати на об'єктивність зроблених висновків.

Список використаних джерел

1. Бабанін А.А., Мішалов В.Д., Біловицький О.В., Скребок О.Ю. Судова медицина. - Сімферополь: НАТА, 2012. – 580 с.
2. Бачинський В.Т., Кулик О.Ф., Савка І.Г., Ванчуляк О.Я. Первинний огляд трупа на місці виявлення. – Чернівці. 2012. – 210 с.
3. Бойко С.О. Судово-медична експертиза визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень: Навчальний посібник. – Ужгород: СМП «Інватор», 2003. – 228 с.
4. Вермель В.И., Солохин А.А. Формальная логика в судебной медицине // М.: Медицина, 1995. – 92 с.

Калиновская Марина Станиславовна

студентка І медичного факультета
IV курсу VIII групи Національного
медичного університета
імені А.А. Богомольця

Научный руководитель - ассистент

Федорова Елена Анатольевна

Кафедра судебной медицины и
медичного права Національного
медичного університета
імені А.А. Богомольця

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ «ДИЗАЙНЕРСКОЙ НАРКОМАНИИ» НА ПРИМЕРЕ КУРИТЕЛЬНЫХ СМЕСЕЙ SPICE

Актуальность темы обусловлена тем, что наркомания в современном мире является одной из самых серьезных проблем, так как смертность вследствие приема наркотиков составляет около 96% при систематическом употреблении, а вред, нанесенный организму, часто является необратимым. По официальным данным приблизительно 500 тыс. человек в Украине, а по неофициальным – около 1,5-2 млн, страдает от наркомании, а около 120 тыс. умирают ежегодно (при населении 46 млн – на 2010 г.). Особенно остро проблема проявляется в молодежной среде, т.к. ежегодно возраст потребителей стремительно понижается. По экспертным оценкам, один наркоман вовлекает в «сеть» около 13-15 новых наркоманов, тем самым создавая «снежный ком» наркомании. Вследствие широкого распространения и относительной простоты добычи

Пачехон Александр Викторович

студент IV курсу 2 групи ФПЛ ЗСУ
Національного медичного
університету імені О.О.Богомольця
Науковий керівник – завідувачий
Бориспільським районним
відділенням судово-медичної
експертизи КОБ СМЕ
Андрусенко Михайло Іванович

СУДОВО-МЕДИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ САДНА

Садна виникають при дії тупих предметів. Їх наявність дозволяє розв'язати низку важливих питань як при дослідженні трупа, так і при експертизі живих осіб [1].

Садна – показник насильства над особою, їх локалізація вказує на місце прикладання сили. Вони утворюються при захисті, опорі або нападі. Певна форма саден (серпоподібна, дугоподібна, смугаста) і локалізація їх в деяких місцях тіла характерні для певного виду насильства: виявлення їх навколо рота і носа свідчить про закриття цих отворів руками, на шії – про здавлення її руками [2].

Форма садна іноді дозволяє визначити вид тупого предмета, яким нанесена травма, якщо діюча поверхня знаряддя повністю або частково відобразилася в його контурах. Внаслідок того, що травмуючий предмет діє на шкіру певною частиною під гострим кутом, садно найчастіше не відтворює його форму. Проте, якщо тупий предмет на деякий час фіксується в момент натискування на шкіру, то утворені садна можуть навіть відображати його особливості. При волочінні тіла (залізнична травма, дорожньо-транспортні пригоди) виникають поздовжні лінійні паралельні садна. При дослідженні саден за допомогою стереомікроскопії або з використанням лупи можна визначити напрямок дії предмета, що спричинив травму. За поверхнею садна, виходячи з його глибини та властивостей краю, можна визначити початок руху предмета і закінчення його дії. Початок садна майже завжди пологий, а закінчення – підрите, навіть з утворенням клаптів епідермісу, вільні кінці яких зміщені в бік напрямку удару. Виявлення на поверхні саден частинок предметів, якими вони заподіяні (металу, деревини, фарби), може доповнювати перелік особливостей цих предметів [3].

Садна допомагають визначити давність походження травми за ступенем виразності процесу їх загоєння: відсутність або наявність скоринки, її рівень розташування, зрощення з підлягаючими тканинами тощо. Скоринка на поверхні садна, крововиливи в власне шкіру в його дні, підшкірну основу в місці здирання епідермісу – показники прижиттєвого походження травми. Самі по собі невеликі садна відносяться до легких

діагнозу. Останнє досягається шляхом використання диференціальних ознак ушкоджень, які найбільш повно розроблені судовою медициною. Чіткий, кваліфікований опис ушкоджень з визначенням їх характерних особливостей в історії хвороби та інших медичних документах дуже важливий і з юридичної точки зору, оскільки нерідко ці дані використовуються при проведенні судово-медичних експертиз з метою встановлення характеру ушкоджень, давності заподіювання, механізму утворення, ступеня тяжкості та ін. [1].

Досить часто в експертизі зустрічаються ушкодження гострими та тупими предметами. Перед експертизою судово-слідчі органи ставлять ряд специфічних питань, в тому числі ідентифікаційного характеру, що потребує детального вивчення цих різновидів ушкоджень. В результаті дії тупих та гострих предметів утворюються різні ушкодження. У зв'язку з цим дуже важливим є визначення генезу смерті та ознак, що дозволяють встановити її причину [2].

Отже, від дії тупих предметів найчастіше утворюються: садна та синці, механізм заподіяння яких пов'язаний із здавленням та розтягненням м'яких тканини, спричиняючи характерні ушкодження. Вказані ушкодження бувають різної форми, що дає можливість експертам встановити ідентифікаційні особливості травмуючого предмета. Тому, навіть людина, нічим не «озброєна», може заподіяти іншій людині різні ушкодження, в тому числі смертельні, застосовуючи кулак, пальці, нігті, ребро долоні, зуби, коліно, тощо [3]. Від дії гострих предметів найчастіше утворюються рани будь-якої форми, в залежності від форми гострого предмету та механізму заподіяння ушкоджень виділяють різані, рублені, колоті, колото-різані рани.

Перераховані явища (ушкодження) у різних людей перебігають неоднаково і залежать від багатьох факторів, тому не завжди піддаються повному обліку. Все це впливає на точність визначення давності ушкоджень, що необхідно враховувати судово-медичним експертам про проведенні такого роду експертизи.

Список використаних джерел

1. Концевич І.О., Михайличенко Б.В. Судова медицина. – К: МП «ЛЕСЯ», 1997. – С. 194-218.
2. Попов В.Л. Судово-медична експертиза: Довідник. – СПб.: Спеціальна література, 1997. – 330 с.
3. Судова медицина: Підручник для вузів / Під ред. В.В. Томіліна. – М.:НОРМА-ИНФРА, 1997. – 376 с.

наркотический средств ежегодно стремительно возрастает криминализация, безработица, проституция и прочие социальные проблемы, связанные с употреблением и распространением наркотиков. Детальное изучение этой проблемы, вовремя проведенные диагностика, лечение и профилактика может существенно снизить уровень этих проблем в Украине и в других странах [1].

В 1960-х годах фармакологи впервые синтезировали синтетические канабиноиды. К 2000-м году начали обретать особую популярность, так как изначально они не входили в список запрещенных веществ многих стран, поэтому их распространение и употребление не несло за собой уголовной ответственности [2].

Spice, Спайс (с англ. – «специи») – это один из новых брендов синтетических курительных смесей, поставляемых в продажу в виде трав с нанесенным химическим веществом. Обладает психоактивным действием, имитирующим эффект марихуаны. Поэтому курительные смеси считаются «легкими» наркотиками. Продажа смесей с 2006 года в Европе осуществлялась под видом благовоний, но с 2009 года было установлено, что действующим компонентом является не растительные вещества, а синтетические аналоги тетрагидроканнабинола [3].

В связи с развитием и модернизацией фармакологического и химического производства, на сегодняшний день известно много видов СК (более 40) и их количество каждый день возрастает. Состав постоянно может меняться, так как Спайс является разновидностью «дизайнерских наркотиков»: в его состав входят соединения, которые еще не включены в список запретных, т.к. лабораторно еще не были исследованы. Именно поэтому нельзя полностью искоренить употребление данного вида наркотика. Часто употребление курительных смесей является вводным этапом при переходе на более тяжелые наркотики [4].

Существуют разные способы приема Спайса, но все они связаны с вдыханием дыма, начиная от простой самокрутки и заканчивая сжиганием курительных смесей в ароматических лампах. В настоящее время имеется достаточно большое разнообразие курительных смесей Спайс, которые отличаются по силе действия зависимо от комбинации действующих веществ в разных видах.

В связи с действием на рецепторы головного мозга, человек, курящий Спайс, теряет связь с реальностью. Под воздействием наркотика он совершает произвольные однотипные действия, ходит кругами, падает, бьется в припадках. Курильщик не ощущает боли, у него отключается чувство самосохранения, он видит галлюцинации и ощущает тактильные эффекты, связанные с ними. Галлюцинации полностью воспринимаются человеком как реальность и все, что происходит у него в голове, кажется ему реальным. Нередки случаи, когда человек, покурив Спайс, впадает в состояние неконтролируемого панического страха, у него начинается мания

преследования и страшные галлюцинации, и в попытке избавиться от них, они совершают непреднамеренный суицид, который в данной обстановке кажется им единственным способом защиты. Именно это и является основной причиной летальных исходов при употреблении Спайса. Некоторые исследователи считают, что последний эффект (приступы панического страха) является следствием стимулирования участков мозга, ответственных за фантазию и творчество, не оставляя таким образом место самоконтролю [5].

После окончания действия Спайса человек впадает в подавленное депрессивное состояние, становится раздражительным. Редко он помнит что-либо о своих действиях после возвращения в сознание.

Самое сильное влияние Спайс оказывает на мозг, т.к. происходит резкое сужение капилляров и возникает гипоксия, вследствие чего настает ишемия, а курильщик при этом ощущает легкость и беззаботность; именно этого эффекта добиваются подростки-курильщики.

Так же страдают и остальные органы и системы, но наиболее губительное действие Спайс оказывает на печень, легкие и сердечнососудистую систему. Воздействию подвергается и репродуктивная система: у мужчин снижается эрекция, сперматозоиды теряют активность и подвижность. У женщин слабеет либидо, возникает нарушение гормонального фона и менструального цикла. Наиболее печальный исход – бесплодие, как мужское, так и женское.

Человек, употребляющий Спайс, нуждается в профессиональной помощи, так как до конца не осознает пагубность своей привычки и негативных последствий, к которым она ведет. На любом этапе лечения и профилактики необходима консультация нарколога для установления степени уже возникших нарушений и профилактики возникновения дальнейших.

Как известно, употребление растительных канабиноидов может не только инициировать проходящие психотические эпизоды, но и служить фактором развития длительной параноидной формы шизофрении.

Так как наркомания является социальной болезнью, то и пути ее преодоления должны быть комплексными. Медицинской помощью является комплексное лечение наркомании. Именно поэтому проводится быстрая и эффективная детоксикация, которая избавит больного от физических страданий, а так же психологическая помощь больному, учитывается социальная составляющая терапии, которая включает в себя изменения круга общения и постоянного времяпровождения больного, изменение его сферы деятельности и прочее [6].

Проблема наркомании так же требует продолжения поисков новых подходов в области диагностики, лечения и профилактики зависимости, что приведет к повышению эффективности лечения и снижению уровня смертности вследствие употребления наркотиков [7].

Кравцов, В.С. Казачков. – Вінниця.: TRAUMA 6 (том 16) від 11.01.2016. – С. 2-15.

3. Чернозубенко О.В. Дослідження впливу уражаючих факторів підриву мінно-вибухових пристроїв на організм людини / О.В. Чернозубенко, О.М. Купріненко, С.П. Бісик. – Харків.: наук. журнал «Системи озброєння і військова техніка». – 2009. – № 2(18). – С. 39-44.

4. Кузьменко Є.Д. Судово-медична експертиза пошкоджень у випадках вибухів електродетонаторів / Є.Д. Кузьменко, В.В. Шевченко, О.Є. Кузьменко [та ін.]. – Чернівці.: «Буковинський медичний вісник» том 17, №3(67), ч. 1, 2013. – С. 88-89.

5. Анисин А.В. Особенности минно-взрывных повреждений при использовании специальных средств защиты сапера / А.В. Анисин. – Санкт-Петербург.: Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, 2011. – 48-69 с.

Параскевов Роман Авраамович

студент IV курсу 2 групи ФПЛ ЗСУ

Національного медичного

університету ім. О.О. Богомольця

Ясинецька Катерина Олександрівна

студентка III курсу 3 групи

медичного факультету № 3

Національного медичного

університету ім. О.О.Богомольця

Науковий керівник – лаборант, юрист

Безсмертна Ольга Миколаївна

Кафедра судової медицини

та медичного права

Національного медичного

університету ім. О.О. Богомольця

ОБҐРУНТУВАННЯ ОСНОВНИХ ПРИЧИНИ СМЕРТІ ВІД ДІЇ ТУПИХ ТА ГОСТРИХ ПРЕДМЕТІВ

Судово-медична травматологія являє собою найбільш широкий і важливий розділ судової медицини. Залежно від ступеня оволодіння цим розділом певною мірою оцінюється і кваліфікація експерта. Як відомо, поняття про рани, процес загоювання, можливі ускладнення студент одержує вже на перших курсах. Однак тільки на четвертому курсі студент отримує необхідні відомості про можливі знаряддя травми, механізм їх дії, характер ран та їх особливості. Ці знання дуже важливі для лікарів, які присвячують себе судово-медичній роботі, але є не менш важливими і для лікарів іншого профілю, оскільки ефективність допомоги (хірурга, невропатолога та інших спеціалістів) цілком залежить від правильного

великим обсягом руйнувань тканинних структур, так і загальним контузійним синдромом. Виходячи з клініко-морфологічних особливостей все різноманіття варіантів мінно-вибухових травм може бути зведено в дві групи, що мають спільні особливості патогенезу, але різняться за характером переважаючих морфо-функціональних порушень:

1. Мінно-вибухові поранення – результат прямої взаємодії людини з уражаючим впливом всіх або основних чинників вибуху мінного бойового припасу на відкритій місцевості. При контактному підриві найбільш характерно поєднання вибухового відриву і руйнувань кінцівок із закритою (переважно) черепно-мозковою травмою, закритими ушкодженнями або пораненнями внутрішніх органів, тулуба, голови. Мінно-вибухові поранення найбільш часто виникають при підриві на протипіхотних мінах, близьких або контактних вибухах інших боєприпасів вибухової дії (гранат, запалів і т.п.). Вони можуть бути переважно функціонального і органічного характеру – в залежності від сили вибуху і відстані від місця вибуху. Провідними при вибуховому пораненні є осколкові, аж до відриву кінцівки або поранення з ушкодженнями внутрішніх органів. За характером ушкодження вибухові поранення поділяються на дві групи: непроникаючі і проникаючі [3, 4].

2. Мінно-вибухові ушкодження – бойова поєднана травма, що виникає у екранованого бронєю особового складу, що знаходиться на або всередині бойової техніки. Під дією провідного уражаючого фактора, яким в таких випадках є імпульс вибухової (динамічної) хвилі, виникають закриті (переважно) і відкриті ушкодження опорно-рухового апарату (множинні осколкові переломи, забої, вивихи) і внутрішніх органів, що поєднуються із загальним контузійним синдромом. Такі пошкодження мають схожість з множинною політравмою мирного часу. Однак етіологічний фактор вогнепального вибухового характеру істотно відрізняє вибухову травму від травми мирного часу. Характер дії ударної хвилі при вибуху фугасної міни відрізняється спрямованістю дії на організм, різким перепадом тиску, що призводить до тяжких травм черепа, хребта і внутрішніх органів, відкритих і закритих переломів кісток, руйнувань і відриву сегментів кінцівок [5].

Таким чином можна зробити висновок, що правильна і своєчасна діагностика та спеціальна медична допомога постраждалим з мінно-вибуховою травмою у збройних конфліктах значно зменшить кількість ускладнених і летальних наслідків.

Список використаних джерел

1. Нечаев Э.А. Минно-взрывная травма / Э.А. Нечаев, А.И. Грицанов, Н.Ф. Фомин [и др.]. – М.: СП НИИТО, 2001. – С. 28-56.
2. Гур'єв С.О. Мінно-вибухова травма внаслідок сучасних бойових дій на прикладі антитерористичної операції на Сході України / С.О. Гур'єв, Д.І.

Однако, решить проблему употребления «легких» наркотиков, невозможно лишь в сфере здравоохранения. Необходима эффективная государственная социальная программа, направленная на профилактику и помощь в преодолении наркомании.

Список использованных источников

1. Медичний портал – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://mjnovosti.net/stati/3329/zameniteli-marihuanyi>
2. Медичний портал – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://medvincent.ru/ru/stati/40-stati/posobiya/38-diagnostika-i-lechenie-narkoticheskoy-zavisimosti-pri-sochetannom-upotreblenii-kannabinoi-dov-i-opiatov>
3. Медичний портал – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.narcom.ru/publ/info/1055>
4. Медичний портал – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://vrednoedelo.ru/narkomaniya/o-lechenii/zavisimosti-ot-marixuanu.html>
5. Медичний портал – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://narkomaniiy.net/news/news/statistika-narkomanii-i-alkogolizma-v-ukraine/>
6. Медичний портал – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://narconon.kiev.ua/narcukr>
7. Медичний портал – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://orthodox-medical.org.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=194:2010-10-11-13-19-08&catid=23:2009-09-23-11-07-40&Itemid=23

Калинина Сакина Николаевна

*студентка II медицинского факультета
IV курса IX группы*

*Национального медицинского
университета имени А.А. Богомольца*

Научный руководитель – ассистент

Федорова Елена Анатольевна

*Кафедра судебной медицины и
медицинского права Национального*

медицинского университета

имени А.А. Богомольца

КРИТЕРИИ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ НЕВМЕНЯЕМОСТИ ПОДОЗРЕВАЕМОГО, БОЛЬНОГО ШИЗОФРЕНИЕЙ

Проблема влияния психических расстройств на возникновение общественно опасного поведения является актуальной на протяжении

многих лет. По сей день, как и в нашей стране, так и в странах с более развитым уровнем жизни (Великобритания, Германия, Лиссабон, Япония) этот вопрос стоит достаточно остро. В психиатрической литературе существуют разноречивые взгляды на опасность поведения лиц страдающими душевными расстройствами. Также неоднозначны мнения по поводу роли личностных, социальных и ситуационных факторов в формировании противоправного поведения.

Среди ряда психических расстройств одним из наиболее актуальных является такое заболевание как шизофрения. Согласно статистике приблизительно до 53% лиц, совершивших правонарушение, были признаны невменяемыми в связи с выявлением у них шизофрении. Больные шизофренией наиболее часто становятся объектом СПЭ как в уголовных, так и в гражданских делах. Под влиянием галлюцинаторных и бредовых переживаний, особенно имеющих форму приказаний, они могут совершать убийства, наносить вред здоровью и совершать другие общественно опасные деяния против личности.

В данной работе будет представлен обзор критериев судимости, у лиц страдающих шизофренией и поднят вопрос о возможности признавать таких пациентов вменяемыми или невменяемыми в момент совершения правонарушения.

Итак, что же такое шизофрения? Шизофрения – хроническое психическое заболевание с типичными изменениями личности и другими психическими расстройствами, приводящими к стойким нарушениям социальной адаптации и трудоспособности. Заболевание имеет несколько форм. Клинические проявления шизофрении разнообразны. Существует несколько главных классификаций этой болезни. Первая – это классификация по клинической картине, в которой выделяют:

- параноидную форму шизофрении;
- кататоническую форму шизофрении;
- гебефреническую форму шизофрении;
- простую форму шизофрении.

Выделяют классификацию по течению болезни:

- непрерывно текущая;
- приступообразно текущая;
- вялотекущая;
- смешанные формы течения.

Комплекс общих проявлений болезни проявляется в потере больными контактов с окружающими, в нарастании замкнутости, утрате интереса к окружающему. Прогрессируют нарушения мышления в виде остановки мыслей или, наоборот, неуправляемого потока мыслей. Нарушения в эмоциональной сфере начинаются с утраты привязанности к близким и сострадания, больной становится замкнутым и безразличным, холодным эгоистом. Появляются странности в поведении, необычные поступки.

2. Науково-практичний коментар Кримінального кодексу України [текст] / За заг. ред. Литвинова О.М. – К.: Центр учбової літератури, 2016. – 536 с.

Падалиця Оксана Миколаївна
студентка 4 курсу 3 групи
медичного факультету № 2
Національного медичного
університету імені О.О. Богомольця
Науковий керівник – професор
доктор медичних наук
Бабкіна Олена Петрівна
Кафедра судової медицини
та медичного права Національного
медичного університету
імені О.О. Богомольця

ОСОБЛИВОСТІ МІННО-ВИБУХОВОЇ ТРАВМИ ВНАСЛІДОК СУЧАСНИХ БОЙОВИХ ДІЙ

Внаслідок військових конфліктів в тому числі і АТО на сході України, значного збільшення кількості терористичних актів відбулося зростання постраждалих із мінно-вибуховою травмою. Цей вид травми відноситься до найбільш важких видів бойової патології і травм мирного часу. Особливі механізми її виникнення обумовлюють формування значних ушкоджень м'яких тканин, кісток, суглобів з множинною локалізацією, часто – з повним руйнуванням або відривом одного і навіть декількох сегментів кінцівок, наявністю поєднаних ушкоджень органів грудей, живота, голови. Саме для таких поранень типові крайні ступені травматичного шоку, найбільш висока частота гострої масивної крововтрати, поліорганна недостатність. Тяжкість клінічного перебігу мінних уражень в гострому періоді травми посилюється частим розвитком ранніх і пізніх ускладнень, включаючи найнебезпечніші види загальної і місцевої хірургічної інфекції. Ці та інші особливості дають всі підстави виділити вибухову травму і її найбільш частий різновид – мінно-вибухову – в самостійний вид бойової хірургічної патології [1, 2].

Факторами вибуху, що спричиняють ушкодження є: продукти детонації вибухових речовин; ударна хвиля навколишнього середовища; осколки і частини вибухового пристрою; спеціальні уражаючі засоби; вторинні снаряди.

В даний час прийнято вважати, що мінно-вибухова травма (МВТ) – це вогнепальна поєднана травма (політравма), що виникає у людини в результаті імпульсного впливу комплексу уражаючих факторів вибуху інженерних мінних боєприпасів і характеризується як глибоким та

Іншим перевищенням влади чи службових повноважень може бути будь-який інший вихід за їх межі, що не стосується розглянутих вище форм: організація чи підбурювання військовими начальниками підлеглих до вчинення злочинів; примушування підлеглих до вчинення незаконних дій (скажімо, тиск на потерпілого з вимогою забрати із правоохоронних органів заяву); незаконне притягнення підлегло до матеріальної відповідальності; прийняття незаконних рішень про відстрочки від призову на строкову військову службу; надання незаконної відпустки за станом здоров'я, сімейними обставинами тощо, коли це не пов'язано з перевищенням дисциплінарної влади; видання незаконного розпорядження про звільнення затриманих осіб (наприклад, тих, які намагалися незаконно перетнути державний кордон); неправомірне втручання в діяльність службових осіб чи державних органів з метою перешкодити виконанню ними своїх повноважень тощо [2].

Виходячи із зазначеного, можна чітко прослідкувати порядок кваліфікації таких злочинних діянь.

На даний момент у ЗМІ часто з'являються відомості про відкриття кримінальних проваджень стосовно керівництва окремих бригад Збройних сил і оперативних командувачів за неналежне забезпечення бійців побутовими умовами. Де такі діяння як «неналежне забезпечення бійців побутовими умовами» кваліфікують як перевищення військовою службовою особою влади чи службових повноважень, що на нашу думку не є правильним. В умовах сьогодення норми ст. 426-1 КК України варто застосовувати дуже обережно, оскільки санкції статті надзвичайно серйозні. На нашу думку, такі діяння (бездіяльність) набагато вірніше кваліфікувати за ст. 425 КК України «Недбале ставлення до військової служби».

З об'єктивної сторони цей злочин характеризується суспільно небезпечною бездіяльністю у вигляді недбалого ставлення до служби, суспільне небезпечними наслідками у вигляді істотної шкоди і причинним зв'язком між вказаними бездіяльністю і наслідками.

Недбале ставлення до служби передбачає невиконання або неналежне виконання військовою службовою особою своїх службових обов'язків через недбале чи несумлінне ставлення до них.

З суб'єктивної сторони злочин характеризується необережністю – злочинною самовпевненістю або злочинною недбалістю.

Тільки правильне розмежування складів злочинів і здійснення кримінально-правової кваліфікації злочинних діянь може гарантувати додержання законності і гарантування прав людини і громадянина в правовій державі.

Список використаних джерел

1. Кримінальний кодекс України : за станом на 18.03.2016р. / Верховна Рада України. – Офіц. Вид. – К.: ПАЛИВОДА, 2016. – 207 с.

Довольно рано у него появляются зрительные, слуховые, обонятельные галлюцинации, а также различные формы бреда.

Для уголовного процесса имеет огромное значение оценки вменяемости подозреваемого.

Большие трудности возникают при определении вменяемости и ответственности больных вялотекущей шизофренией (шизотипическим расстройством). Определение этих критериев весьма расплывчато, во многом зависит от морально-нравственных представлений эксперта, которому может показаться странной и неадекватной реакция обследуемого. СПЭ при решении вопроса о вменяемости больных вялотекущей шизофренией должна принимать во внимание весь комплекс умеренно выраженных нарушений психики – снижение способности осознавать последствия своих действий, ослабление волевого контроля за своими поступками, реальную социальную опасность действий.

При решении вопроса о вменяемости, судебно-психиатрический эксперт должен руководствоваться критериями, изложенными в наших законодательных актах, например, в Уголовном кодексе Украины, ст. 19. Вменяемость:

«1. Вменяемым признается лицо, которое во время совершения преступления могло осознавать свои действия (бездействие) и руководить ими.

2. Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния, предусмотренного настоящим Кодексом, находилось в состоянии невменяемости, то есть не могло осознавать свои действия (бездействия) либо руководить ими вследствие хронического психического заболевания, временного расстройства психической деятельности, слабоумия или иного болезненного состояния психики. К такому лицу по решению суда могут быть применены принудительные меры медицинского характера.

3. Не подлежит наказанию лицо, совершившее преступление в состоянии вменяемости, но до вынесения приговора заболевшее психической болезнью, лишаящей его возможности осознавать свои действия (бездействие) или руководить ими. К такому лицу по решению суда могут применяться принудительные меры медицинского характера, а по выздоровлении такое лицо может подлежать наказанию».

Для определения невменяемости используют два соединенных между собой критерии невменяемости: медицинский и юридический.

Юридический критерий невменяемости характеризуется двумя признаками, которые вытекают из понятия невменяемости: интеллектуальным моментом, то есть неспособностью понимать значение своих действий и отдавать отчет в своих действиях, и волевым моментом, то есть неспособностью управлять своими действиями. Юридический критерий определяет главное содержание невменяемости, указывая на то,

что лицо не может понимать своих действий, не может дать себе отчет о своих действиях и не может ими управлять. Для наличия юридического критерия невменяемости достаточно установить хотя бы один из двух его моментов – интеллектуальный или волевой.

Медицинский критерий невменяемости характеризуется широким кругом душевных (психических) болезней и психических аномалий. Законом установлено наиболее распространенные их виды: временное расстройство душевной деятельности – это внезапные, кратковременные расстройства психики; хроническая душевная болезнь, т.е. постоянное расстройство психики человека.

Для признания лица невменяемым нужно установить наличие одного признака юридического критерия (интеллектуального или волевого момента) и один признак медицинского критерия (временное расстройство душевной деятельности или хронической душевной болезни, слабоумие или иное болезненное состояние). Только совокупность этих признаков – одного медицинского и одного юридического – дает понятие и основания невменяемости.

Лицо, совершившее преступление в состоянии вменяемости, но до вынесения судом приговора заболевшее душевной болезнью, лишаящей его возможности осознать свои действия или руководить ими, от уголовной ответственности не освобождается. В таком случае лицо освобождается от наказания. К такому лицу по назначению суда могут применяться принудительные меры медицинского характера, а после выздоровления может подлежать наказанию.

Выводы: Вопрос о решении вменяемости человека, страдающего шизофренией, имеет крайне неоднозначный характер и множество спорных аспектов. В связи с тяжестью постановки окончательного заключения о вменяемости пациентов с шизофренией, этот вопрос должен быть более детально изучен и рассмотрен в ВУЗах юридического и медицинского направления.

Остапенко Катерина Сергіївна

*асистент кафедри кримінального права і процесу
Навчально-наукового Юридичного інституту
Національного авіаційного університету*

ДЕЯКІ ПИТАННЯ КВАЛІФІКАЦІЇ ДІЯНЬ, ПЕРЕДБАЧЕНИХ СТ. 426-1 КРИМІНАЛЬНОГО КОДЕКСУ УКРАЇНИ

Верховна Рада посилила кримінальну відповідальність за військові злочини, передбачивши відповідну нову статтю 426-1 у Кримінальному кодексі України. Наразі її є де часто застосовувати. На сьогоднішній день в Україні хоч і не оголошено військового стану, проте ті події, які відбуваються на Сході України не можна назвати «мирними». А отже, якщо такі події мають місце бути, то виникають відповідні «відносини», тобто випадки, де потрібно застосувати відповідні норми кримінального Закону.

Так, ст. 426-1 КК України передбачає відповідальність за перевищення військовою службовою особою влади чи службових повноважень. Об'єктом розглядуваного злочину є честь та гідність особи, а при застосуванні насильства щодо підлеглого – життя, здоров'я, воля, честь та гідність особи. Потерпілими від злочину можуть бути як військовослужбовці, так і цивільні особи [1].

Об'єктивна сторона злочину полягає в: а) перевищенні влади чи службових повноважень (ч. 1 ст. 426-1 КК України); б) застосуванні нестатутних заходів впливу щодо підлеглого (ч. 2 ст. 426-1 КК України); в) перевищенні дисциплінарної влади (ч. 2 ст. 426-1 КК України); г) застосування зброї (ч. 3 ст. 426-1 КК України); д) настанні тяжких наслідків (ч. 3 ст. 426-1 КК України). Нестатутними заходами впливу є дії військових начальників щодо підлеглих, котрі виходять за рамки відповідних положень військових статутів Збройних Сил, що визначають відносини між військовослужбовцями і згідно з якими, військова дисципліна зобов'язує кожного військовослужбовця дотримуватися визначених військовими статутами правил взаємовідносин між військовослужбовцями. Межі дисциплінарної влади військових начальників та порядок її застосування регулюються нормами військового законодавства.

Під насильством щодо підлеглого варто розуміти застосування щодо нього фізичного або психічного насильства, фізичне насильство при перевищенні влади чи службових повноважень може бути виражене в незаконному позбавленні волі, нанесенні удару, вчиненні дій, характерних для катування, заподіяння побоїв, легких або середньої тяжкості тілесних ушкоджень тощо. Психічне насильство при перевищенні влади чи службових повноважень може бути виражене у реальній погрозі заподіяння фізичного або іншого насильства щодо потерпілого чи його близьких.

Вербування, переміщення, переховування, передача або одержання людини, окрім спеціальної мети вказує на обставини, супутні їх здійсненню, – обман, шантаж і використання уразливого стану потерпілого. У статті, ці обставини передбачено як обов'язкові, але, як показує практика, почастишали випадки, коли вербування відбувається без обману, шантажу і не завжди з використанням уразливого стану, тобто потерпіла знала куди їде, навіщо і які умови роботи.

Враховуючи особливість конструкції ч. 1 ст. 149 КК України виникає невідповідність між цим положенням і частиною третьою примітки до цієї статті, оскільки частина перша статті вказує на використання уразливого стану особи, як обов'язкової ознаки вербування, переміщення, переховування, передачі або одержання з метою експлуатації. У той же час частина третя примітки передбачає, що відповідальність за вербування, переміщення, переховування, передачу, або отримання малолітнього або неповнолітнього за цією статтею повинна наставати незалежно від того, чи вчиненні такі дії з використанням обману, шантажу або уразливого стану осіб, або зі застосуванням чи погрозою застосування насильства, використання службового становища, або особою, від якої потерпілий був у матеріальній або іншій залежності.

Таким чином, ст.149 КК України є складною для розуміння через її логіко-граматичну будову. Якщо прибравши з обов'язкових ознак складу злочину обман, шантаж та уразливий стан як такі, можна дещо спростити, зокрема спосіб вчинення, водночас не збільшуючи і не зменшуючи коло суспільних відносин що підлягають кримінально-правовій охороні.

Список використаних джерел

1. Загальна декларація прав людини / [Електронний ресурс] – режим доступу: http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/995_015/conv
2. Митрофанов І.І. Поняття «торгівля людьми» // Актуальні проблеми боротьби з торгівлею жінками: матеріали міжнар. наук. практ. конф. – Донецьк, 2012. – С. 83-86.
3. Козак В.А. Кримінальна відповідальність за торгівлю людьми (аналіз складу злочину). – Х., 2003. – 21 с.
4. Степанов В.Г. Суспільно-небезпечні наслідки в кримінальному праві: автореф. дис. на здоб. наук. ступеня канд. юрид. наук. – М., 2006. – 18 с.
5. Созанський Т.І. Окремі проблеми застосування кримінального законодавства України, пов'язані зі способом вчинення злочину, передбаченого ст. 149 КК України /Т.І. Созанський // Актуальні проблеми боротьби з торгівлею жінками : матеріали міжнар. наук.-практ. конф. – Донецьк, 2012. – С. 80-82.

Кармаліта Анна Андріївна

*студентка факультету підготовки лікарів для Збройних сил України
4 курсу I групи*

*Національного медичного
університету імені О. О. Богомольця*

Науковий керівник – асистент

Юрченко Володимир Тимофійович

Кафедра судової медицини

та медичного права

Національного медичного

університету ім. О.О. Богомольця

РАПТОВА СМЕРТЬ ВІД ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ ТА ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Раптова смерть є однією з найважливіших проблем світової медицини. Вона не тільки має тенденцію до щорічного зростання у всіх цивілізованих країнах, а й призводить до значних економічних втрат, оскільки вражає насамперед працездатне населення. В Україні, починаючи з 1990 р. відбувається неухильне зростання смертності населення. В багатьох країнах виконуються довгострокові національні програми щодо виявлення причин раптової смерті, проведення морфологічного розшифрування і визначення зв'язку із впливом негативних зовнішніх чинників і фоновими станами організму людини [4].

Раптова смерть – це смерть від швидкоплинного гострого чи скритого плинного хронічного захворювання, що настає швидко й не очікувано для оточуючих. В такому випадку зазвичай виникає підозра на насильницьку смерть, для виключення якої проводиться судово-медична експертиза трупа. Часом обставини її невідомі й тому раптова смерть завжди схожа на насильну.

Особливо часто підозра на насильну смерть виникає у випадках, коли раптова смерть збігається за часом із прийманням лікарських засобів або страв, при контакті померлого з отруйними речовинами на виробництві, коли на трупі виявляють тілесні ушкодження та коли смерть настає одночасно з механічним травмуванням. Під час розтину трупа потрібно виключити ознаки насильницької смерті, встановити її причину і вплив певних чинників навколишнього середовища на її настання [2].

Хвороби ЦНС до раптової смерті найчастіше призводять у молодому віці. Пухлини мозку та його оболонки іноді перебігають із незначною симптоматикою, тому смерть внаслідок ускладнення крововиливом у пухлину і мозок та гострим набряком – стисканням мозку настає раптово. При дослідженні трупа виявляють пухлину, яку обов'язково досліджують

гістологічно. Крововилив до головного мозку розвивається у випадку підвищення артеріального тиску при артеріальній гіпертензії – гіпертонічний криз. Небезпечними є не лише великі крововиливи, а й малі, що локалізуються в життєво важливих місцях.

Інфаркти головного мозку розвиваються на фоні атеросклерозу і артеріальної гіпертензії. Ознаками гострого ішемічного ушкодження мозку доводять їх зв'язок з раптовою смертю. В окремих випадках причиною раптової смерті може бути епілепсія. Механізми раптової смерті при цій хворобі досі нез'ясовані, проте вважають, що вона настає внаслідок розвитку незворотної аритмії серця симпатичного генезу. Морфологічні ознаки смерті від епілепсії неспецифічні, але виявляються ушкодження тіла – садна, синці і прикушення язика, які є наслідком судомного періоду епілептичного припадку. При дослідженні головного мозку виявляють стовщення і помутніння м'якої мозкової оболонки [3].

З інфекційних хвороб до раптової смерті найчастіше призводить грип. У разі смерті від грипу виявляють характерне набухання слизової оболонки дихальних шляхів, дрібні крововиливи в неї, а також значний набряк і повнокрів'я мозку та його оболонок. Доволі часто грип ускладнюється пневмонією вірусно-бактеріальної природи, яка має геморагічний характер. Тому легені на розрізі строкаті через наявність запальних і некротичних ділянок. Діагностика причини смерті доповнюється гістологічним дослідженням різних відділів дихальних шляхів, головного мозку, під час якого виявляють мікроциркуляторні порушення кровообігу. Обов'язковим є вірусологічне дослідження – виявлення імунофлюоресцентним методом у мазках-відбитках з поверхні верхніх дихальних шляхів і розрізу легень вірусних антигенів. Іноді раптова смерть може настати внаслідок гострих, насамперед особливо небезпечних інфекцій. У таких випадках потрібно суворо дотримуватися правил розтину і поховання трупів [1].

Після смерті громадянки В. судово-медичний експерт зробив висновок, що смерть настала від ускладненої пневмонії, проте при проведенні повторної судово-медичної експертизи було встановлено, що смерть настала від грипу на користь чого свідчили: гістологічне дослідження легень, яке проявлялось як інтерстиціально-альвеолярний серозно-геморагічний набряк легень (з наявністю в просвіті альвеол і в інтерстиції білково-геморагічного ексудату з великою кількістю лімфоцитів, макрофагів, плазматичних клітин, паретичним розширенням судин інтерстицію, стазами, сладжами еритроцитів, плазматичним просотуванням стінок судин, з плазморагією, еритродіapedезними крововиливами), великі вогнища геморагічної ексудації, в просвіті альвеол – гіалінові мембрани як у невеликій кількості, так і численні. За результатами цитологічних досліджень, виявлено дегенеративні зміни бронхіолоцитів та альвеолоцитів з наявністю в цитоплазмі клітин

диспозиції статті 149 КК України закріплена низка оціночних понять, зміст яких належним чином не визначений [2].

Диспозиція ст. 149 КК України достатньо складна, що породжує й різне тлумачення низки ознак складу, що безумовно, перешкоджає правильному та однаковому застосуванню правоохоронними органами кримінального закону [3].

У ст. 149 КК України «Торгівля людьми або інша незаконна угода щодо людини» передбачено два основних способи вчинення складу злочину.

Торгівля або здійснення іншої незаконної угоди, об'єктом якої є людина. Тобто, торгівля – це певний триваючий процес, діяльність. Тому передбачення у ч. 1 ст. 149 КК України такого способу вчинення злочину, як торгівля людьми повинна полягати у кримінально-правовій охороні не одиничного випадку купівлі-продажі людини, а декількох, що по-перше, виключає кримінальну відповідальність за одиничний факт вчинення такого діяння, по-друге ускладнює доказування злочинності таких діянь. Окрім того законодавець вживає термін «людьми», отже мова йде про торгівлю принаймні двома особами одразу [4].

Інший спосіб вчинення злочину передбачає вербування, переміщення, переховування, передачу або одержання людини, вчинені з метою експлуатації, з використанням обману, шантажу чи уразливого стану особи. Цей спосіб можна розділити на три складових частини. Перша це вербування, переміщення, переховування, передача або одержання людини. Передбачення цих проявів є необхідним для розуміння того які саме діяння повинні бути кримінально караними. Вжиті поняття є достатньо широкими. Наприклад, переміщення включає в себе перевезення, перенесення, пересилання і т.д. Тому, незважаючи на їх перенавантаженість, у диспозиції статті скорочення або об'єднання цих діянь є недоцільним [5].

Друга складова – це мета експлуатації. Укладення договору купівлі-продажу або іншої незаконної угоди щодо людини не потребує доказування спеціальної мети «експлуатації людини». Вона визначена в кримінальному законі в такий спосіб що її наявність обов'язкова, лише під час вчинення вербування, переміщення, переховування, передачі або одержання людини. Експлуатацією людини законодавець вважає всі форми сексуальної експлуатації, використання в порнобізнесі, примусову працю або примусове надання послуг, рабство або звичаї, подібні до рабства, підневільний стан, залучення в боргову кабалу, вилучення органів, проведення дослідів, над людиною без її згоди, усиновлення (удочеріння) з метою наживи, примусову вагітність, втягнення, в злочинну діяльність, використання в озброєних конфліктах і тому подібне. Таким чином, законодавець визначив напрям в якому можлива експлуатація потерпілого.

спектрометричним аналізом [2].

Іонізуюче випромінювання спричиняє променеве ураження, ступінь і характер якого зумовлені поглиненою дозою іонізуючого випромінювання і променевою чутливістю тканин, органів і систем, на які безпосередньо впливало випромінювання [2].

Таким чином, у зв'язку із широким застосуванням джерел іонізуючого випромінювання та впливу його на організм людини; проблемами виявлення наслідків радіації – детальне вивчення дії іонізуючого випромінювання має місце у судово-медичній практиці.

Список використаних джерел

1. Волков Н.И. Судебная медицина // Н.И. Волков, А.В. Датий. – Ульяновск: Юнити-Дана, 2002. – 308 с.
2. Авдеев М.И. Судебно-медицинская экспертиза трупов. – М.: Медицина, 1976. – 440 с.
3. Трофимова Т.И. Курс физики: учебное пособие для вузов. – М.: Издательский центр «Академия», 2006. – 560 с.
4. Медицинская радиология (основы лучевой диагностики и лучевой терапии): Учебник. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2000. – 672 с.

Омелько Ганна Тарасівна

*студентка Навчально-наукового
юридичного інституту
Національного авіаційного університету*

Науковий керівник – асистент

Циганій Світлана Олексіївна

*Кафедра кримінального права
і процесу Навчально-наукового
юридичного інституту Національного
авіаційного університету*

ТОРГІВЛЯ ЛЮДЬМИ ЯК КРИМІНАЛЬНО-КАРНЕ ДІЯННЯ

Згідно із Загальною декларацією прав людини, всі люди народжуються вільними і рівними у своїй гідності та правах. Ніхто не повинен бути в рабстві або у підневільному стані; рабство і торгівля забороняються в усіх їх видах [1].

Однією з проблем в Україні є торгівля людьми. Жертвами цього злочину стають жінки, чоловіки і діти, які потерпають від різноманітних його форм, серед яких – торгівля людьми з метою примусової праці, сексуальної експлуатації, примусового жебрацтва, вилучення органів.

Нажаль проблема виникає через труднощі при кваліфікації торгівлі людьми або іншої незаконної угоди щодо передачі людини через те, що в

фуксифінових вірусних включень.

Таким чином, судово-медичним експертам необхідно уважніше відноситися до своєї професії, що в майбутньому у родичів потерпілих не було підстав призначати потворні судово-медичні експертизи.

Список використаних джерел

1. Авдеев М.И. Судебно-медицинская экспертиза трупа / М.И. Авдеев / М.: "Медицина" - 1976. - 35-37 с.
2. Судова медицина: Підручник для студентів мед. вузів. / Концевич І.О., Михайличенко Б.В. та ін.; За ред. І.О. Концевич, Б.В. Михайличенка. – К.: МП «Леся», 1997. – 656 с.
3. Судебная медицина: учебник / под ред. Ю.И. Пиголкина. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 496 с.
4. Судова медицина: Підручник для студентів мед. вузів / В.В. Білкун, Л.Л. Голубович, П.Л. Голубович та ін. – К.: Юрінком Інтер, 1999. – 480 с.

Кернична Х.С.

*студентка Навчально-наукового
юридичного інституту
Національного авіаційного університету*

Науковий керівник – доцент

кандидат юридичних наук

Рощина Інна Олександрівна

*Кафедра кримінального права
і процесу Навчально-наукового
юридичного інституту Національного
авіаційного університету*

ПРОБЛЕМИ РОЗУМІННЯ ДЕФІНІЦІЇ «ПСИХІЧНЕ НАСИЛЬСТВО» В КРИМІНАЛЬНОМУ ПРАВІ

Головною цінністю в сучасному кримінальному праві України визнано людину, особистість, що відповідає законотворчому принципіві конституційної адекватності і має значення для правотворчості. В Статуті Всесвітньої організації охорони здоров'я, прийнятому 22 червня 1946 року визначено: «Здоров'я являє собою стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб або фізичних дефектів» [1].

Конституцією України у ст. 3 встановлено, що людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю. Життя і здоров'я людини знаходяться під кримінально-правовим захистом.

Шкода здоров'ю людини спричинюється шляхом насильства. Чинне кримінальне законодавство встановлює відповідальність за будь-які

прояви насильства. Велика кількість робіт присвячена розкриттю поняття «насильство», однак єдиної думки по даному питанню немає. У КК України мова йде про два види прояву психічного насильства: погрозу і примус. Однак термін «психічне насильство» у КК України не вживається, у той час як терміни «погроза», «примус» можна зустріти безпосередньо в ряді норм.

Що стосується поняття «психічне насильство», то варто підкреслити, що питання про його зміст продовжує залишатися проблемним. Сьогодні у кримінально-правовій науці проблема психічного насильства є однією із недостатньо вивчених.

Психічне насильство має вираз в погрозах спричинити фізичну, моральну, матеріальну шкоду, позбавити яких-небудь благ. За кримінальним законодавством погроза – це вид психічного насильства. Мета психічного насильства – залякування потерпілого [2]. Отже, психічне насильство – це бажання викликати почуття страху.

Щоб краще зрозуміти роль і значення психічного насильства, необхідно дати загальну характеристику різним видам погроз, які можна поділити на:

- погрози скоєння протиправних дій;
- погрози вчинення дій, не бажаних для потерпілого.

До перших відносяться погрози: а) насильство; б) спричинення матеріальної шкоди; в) шантаж; г) вчинення інших протиправних дій. До других належать: а) звільнення з роботи; б) залишення без матеріальної допомоги та ін.

Психічним примусом, зокрема, є:

- погроза застосування відповідного фізичного насильства, у т. ч. за допомогою зброї;
- застосування або погроза застосування насильства щодо рідних, близьких, інших осіб, доля яких є важливою для особи, від якої вимагають вчинення певних дій чи бездіяльності;
- знищення або погроза знищення майна, що належить потерпілому, його рідним, близьким, іншим особам, доля яких є важливою для особи, від якої вимагають вчинення певних дій чи бездіяльності;
- погроза розголошення відомостей, які особа бажає зберегти в таємниці;
- вплив на психіку особи за допомогою гіпнозу або інших подібних засобів [4].

Кримінальний кодекс України передбачає кримінальну відповідальність за психічне насильство, що виражається в різних за обсягом, характером і ступенем небезпеки для життя або здоров'я погрозах. З огляду на це, я вважаю, що назріла необхідність як у роз'ясненні законодавцем змісту терміна «погроза» та інших видів психічного насильства, так і у виробленні визначення поняття «психічне

органа (системи), який першим патологічно змінюється у певному діапазоні доз опромінення. Так, у діапазоні поглинання 3-9 Гр (300-900 рад) критичною є кровотворна система, при 10-100 Гр (1000-10 000 рад) – кишки, а при 200-1000 Гр (20 000-100 000 рад) – центральна нервова система, внаслідок значного руйнування клітин якої під час опромінення настає смерть [4].

Далі розглянемо особливості проведення судово-медичної експертизи у випадках смерті від дії іонізуючого випромінювання.

Об'єктами судово-медичної експертизи є особи, які постраждали і втратили працездатність внаслідок опромінення, або трупи загиблих. Під час проведення судово-медичної експертизи з приводу променевої травми потрібно насамперед вивчити обставини справи, дані свідків і наявні медичні документи. Враховуючи обов'язковість встановлення контакту з іонізуючим випромінюванням, до експертизи залучають радіолога, який досліджує одяг і визначає джерело випромінювання, його фізичні властивості – потужність, активність, кратність і тривалість дії. Особи, які проводять експертизу, мають вживати заходи для запобігання можливому опроміненню.

Прямі відомості про дози опромінення рідко є доступними, а часом вони неточні. Тому оцінка дози радіобіологом здійснюється шляхом розрахунків, уточненням на фантомах і моделюванням ситуації з використанням біологічних тестів, які пов'язані з дозою місцевого або загального опромінення. До таких тестів відносять реакцію шкіри, судин ока, кісткового мозку і лімфоїдної тканини. Крім цього, визначають кількість лімфоцитів і гранулоцитів у крові в певні строки після опромінення та рівень хромосомних аберацій в клітинах кісткового мозку з різних ділянок та в лімфоцитах периферичної крові. Дані цих досліджень дозволяють визначити ступінь тяжкості опромінення.

Рівні доз внутрішнього опромінення організму за рахунок інкорпорованих радіонуклідів визначають розрахунковими методами з використанням так званих камерних моделей і прямими методами, коли застосовується спектрометр випромінювання людини, який реєструє гамма випромінювання. Доза альфа- та бета- випромінювання визначається шляхом проведення радіохімічного аналізу проб крові і виділень та визначення кількості (%) хромосомних аберацій в клітинах [1].

При судово-медичному дослідженні трупів осіб, які загинули від променевого ураження також проводять дозиметричний контроль. З лабораторних методів застосовують гістологічне дослідження, яке дозволяє виявити морфологічні зміни в організмі, особливо в органах кровотворення: селезінці і кістковому мозку. Наявність інкорпорованих джерел випромінювання може бути встановлена за допомогою гістоавторадіографічного дослідження внутрішніх органів скандувальною електронною мікроскопією, а спектр радіонуклідів-гамма-

Муржа Михайло Михайлович
студент 2 групи 4 курсу ФПЛЗСУ
Національного медичного університету
імені О.О. Богомольця
Науковий керівник – завідувач
відділу експертизи трупів
Київського міського клінічного
бюро судово-медичної експертизи
Юрченко Богдан Володимирович

СУДОВО-МЕДИЧНА ЕКСПЕРТИЗА ДІЇ ІОНІЗУЮЧОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ

В наш час людство дуже часто контактує з різними видами іонізуючого випромінювання. Це, насамперед, радіаційний фон Землі та штучні джерела випромінювання, які застосовують доволі широко в промисловості, сільському господарстві, при проведенні наукових досліджень та в медицині. При порушенні вимог щодо забезпечення умов радіаційної безпеки можливі променеві ураження.

Розглянемо що ж таке іонізуюче випромінювання та його дію на організм людини. Іонізуюче випромінювання – потоки електромагнітних хвиль або частинок речовини, що здатні при взаємодії з речовиною утворювати в ній іони. До іонізаційного випромінювання відносять альфа-, бета-, гамма-промені, рентгенівське випромінювання, а також інші високоенергетичні заряджені частинки на кшталт протонів та іонів, отриманих у прискорювачах. При проходженні через речовину нейтрони не іонізують її атомів, однак іонізація відбувається внаслідок вторинних процесів при поглинанні нейтронів ядрами, вибиванні протонів або при розпаді нейтронів на протон та електрон чи на антипротон та позитрон [3].

У дії іонізуючого випромінювання на біологічну речовину виділяють три стадії. Під час першої, фізичної стадії, енергія частинок передається атомам речовини, внаслідок чого відбувається її іонізація і збудження, що призводить до підвищення її хімічної реактивності.

Другу фізико-хімічну стадію, становить пряма і непряма дія іонізуючого випромінювання. У разі прямої його дії уражуються ті молекули, які безпосередньо з ними взаємодіють. Під час прямої іонізації виникають вільні радикали, утворюються нові молекули, які відрізняються від неопромінених.

Променеве ураження підсилюється у третю – біохімічну стадію, під час якої відбуваються вільно радикальні реакції і накопичуються перекиси, гідроперекиси ліпідів, епоксидів, окиснені феноли тощо, які є другорядними підсилювачами променевого ураження [4].

Іонізуюче випромінювання діє на всі органи і тканини, проте причиною смерті є ураження критичного органа – життєво важливого

насилство». Дані поняття, особливо якщо вони будуть закріплені в законі, знімуть суперечливі тлумачення насильства взагалі, і на рівні конкретних злочинів, а також дозволять краще усвідомити волю законодавця, упорядкують практику кваліфікації насильницьких злочинів.

Відповідно до вище наведеного, можна зробити висновок, що до правових проблем, що існують сьогодні в теорії кримінального права варто віднести відсутність визначення на законодавчому рівні поняття і видів насильства, різновидів психічного насильства, відсутній конкретизований зміст погрози в окремих випадках. Від виду погрози і способу її вираження залежить, яка саме шкода нанесена життю і здоров'ю потерпілого, і які наслідки потягли за собою дані погрози.

Список використаних джерел

1. Конституційне право зарубіжних країн: в 4 т. 1-2 Тома. Частина загальна: Підручник / Відп. ред. проф. Б.А. Страшун. – 3-вид., перероб. і доповн. – М.: БЕК, 2000. – 784 с.
2. Ігнатів О.І. Кримінальне насильство: окремі питання / О.І. Ігнатів // Право України. – 2005. – №3. – 357 с.
3. Кримінальне право України: Загальна частина: Підручник / Баулін Ю.В., Борисов В.І., Кривоченко Л.М. та ін. / За ред. Сташиса В.В., Тація В.Я. – 4-е вид., перероб. і доповн. – К.: Право, 2010. – 456 с.
4. Науково-практичний коментар Кримінального кодексу України. – 4-те вид., переробл. та доповн. / За ред. М. І. Мельника, М. І. Хавронюка. – К.: Юридична думка, 2008. – 1184 с.

Кидонь Тетяна Володимирівна
студентка 3 курсу Навчально-наукового
юридичного інституту
Національного авіаційного університету
Науковий керівник – асистент
Циганій Світлана Олексіївна
Кафедра кримінального права
і процесу Навчально-наукового
юридичного інституту Національного
авіаційного університету

ОСОБЛИВОСТІ КРИМІНАЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ЗА СУТЕНЕРСТВО АБО ВТЯГНЕННЯ ОСОБИ В ЗАЙНЯТТЯ ПРОСТИТУЦІЄЮ

У наш час все більшого розголосу набувають проблеми боротьби із втягненням особи у зайняття проституцією та сутенерство. Звісно ж, ці явища існували ще багато років тому, проте, для XXI століття це вважається неприпустимим. Змушувати людину проти її волі займатись

чимось – насилля, не говорячи вже про примушення зайняття проституцією. Також, відповідно до статті 43 Конституції України: «Кожен має право на працю, що включає можливість заробляти собі на життя працею, яку він вільно обирає або на яку вільно погоджується» [1]. Тому можна побачити, що Основним Законом України заборонена примусова праця.

Такі дії суперечать загально визнаним правилам моральності, негативно впливають на здоров'я людей, оскільки сприяють поширенню венеричних та інших захворювань, створюють передумови для виникнення та функціонування організованих злочинних об'єднань, дають змогу одержати незаконні прибутки, що в подальшому потребують легалізації [4].

Відповідно до чинного Кримінального кодексу України (надалі – ККУ), а саме статті 303 Втягнення особи в заняття проституцією або примушування її до зайняття проституцією з використанням обману, шантажу чи уразливого стану цієї особи, або із застосуванням чи погрозою застосування насильства, або сутенерство підлягають кримінальній відповідальності [2].

Основним безпосереднім об'єктом злочину є моральні засади суспільства в частині підстав задоволення статевих потреб. Суспільна мораль вимагає, щоб зв'язки між людьми для задоволення статевих потреб встановлювалися на основі особистої симпатії, не допускає ведення статевого життя виключно за винагороду.

Додатковим об'єктом злочину, передбаченого ст. 303 ККУ, може бути статева свобода, здоров'я, воля й гідність особи, власність [3].

Об'єктивна сторона злочину проявляється у таких формах:

I. Систематичне заняття проституцією. Систематичність означає надання сексуальних послуг особою різним клієнтам але з певним проміжком у часі;

II. Примушування чи втягнений у заняття проституцією. Тобто особа повинна почати займатися наданням сексуальних послуг проти своєї волі.

Способами примушування чи втягнення є:

- застосування насильства;
- погроза застосування насильства;
- знищення чи пошкодження майна;
- шантаж;
- обман

III. Сутенерство [5].

Відповідно до положень зазначеної статті, суб'єктом злочину є фізичні осудні особи, що досягли 16-річного віку. Водночас суб'єктом примушування, втягнення в заняття проституцією або сутенерства відносно неповнолітніх і малолітніх є особа, якій на момент учинення злочину виповнилося 18 років [4].

Конституції України) [1].

Згідно з ККУ ст. 150 під експлуатацією дитини розуміється привласнення не будь-яких матеріальних результатів (продуктів) її праці (доходу у вигляді матеріальних благ), а лише прибутку як різниці між доходами і виробничими витратами. Варто також мати на увазі, що, оскільки діяльність, пов'язана з експлуатацією дитини, яка не досягла певного віку, є завжди незаконною, то для кваліфікації злочину за ст. 150 не має значення, обліковується чи не обліковується винним одержаний прибуток.

Звільнення осіб, які вчинили експлуатацію дітей, від кримінального покарання та його відбування має місце щодо 76% засуджених. При цьому 91% із них звільняються від відбування покарання з випробуванням, тобто коли таке звільнення є правом суду, а не його обов'язком. Така ситуація додатково свідчить про невідповідність покарань, передбачених у ст. 150 КК України, суспільній небезпеці експлуатації дітей [2].

Тому, беручи до уваги вразливість дитячого організму до зовнішніх чинників та усвідомлюючи значення благополуччя дитячого населення для розвитку всього світового співтовариства, можна сказати, що використання хоч і добровільної праці дитини, однак на небезпечній для її здоров'я роботі характеризується суспільною небезпекою, а отже потребує кримінально-правової заборони.

Список використаних джерел

1. Конституція України. Прийнята на 5 сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 року. – К., 2015. – 86 с.
2. Кримінальний кодекс України. від 05.04.2001 № 2341-III. – Редакція від 18.03.2016, підстава 1022-19. – ст. 150.
3. Про права дитини : Конвенція від 20 листопада 1989 року [Електронний ресурс] / ООН // Офіційний веб-сайт ВРУ. Законодавство України. – Режим доступу : zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?ng=995021.
4. Лисенко І. Кримінально-правовий захист дітей від експлуатації // Право України. – 2014. – № 4. – 65-69 с.
5. Калмиков Д.О. Експлуатація дітей: проблема уніфікації доктринального та нормативного визначення змісту / Д.О. Калмиков // Право і суспільство. – 2015. – № 1. – С. 117-124.

якої роботи, яка може становити небезпеку для здоров'я, бути перешкодою в одержанні освіти чи заподіювати шкоду її здоров'ю, фізичному, розумовому, духовному, моральному або соціальному розвитку [5].

Українське законодавство підтримало зазначену загальносвітову концепцію, закріпивши в ч. 2 ст. 52 Конституції України положення про те, що будь-яке насильство над дитиною та її експлуатація переслідуються за законом, а приписами частин 3, 5 ст. 43 Основного Закону України категорично заборонив використання примусової праці і праці дітей на небезпечних для їхнього здоров'я роботах [1].

Але, незважаючи на комплекс заборон встановлених міжнародним і національним законодавствами, кількість протизаконного використання праці дітей зростає, не тільки в Україні, а також і за її межами.

За даними Міжнародної організації праці, в усьому світі понад 250 мільйонів дітей віком від 5 до 14 років працювали чи працюють попри законодавчу заборону та небезпеку. Близько половини з них працюють щодня протягом усього року. Дослідженням, проведеним Державним комітетом статистики України у співпраці з Міжнародною організацією праці, було встановлено, що в 2010-2014 роках середньомісячна чисельність дітей, які працюють в Україні, становила 456 тисяч осіб, із яких 48% – це діти у віці, у якому офіційно працювати заборонено, до того ж майже половина з таких дітей працювала у віці від 7 до 12 років [4].

Питанням кримінальної відповідальності за незаконну експлуатацію дітей у вітчизняній кримінально-правовій літературі приділялась здебільшого на рівні окремих статей та параграфів у підручниках з кримінального права.

Аналіз міжнародних договорів також свідчить, що міжнародно-правова охорона дітей у сфері праці спрямована, у першу чергу, на захист дітей від виконання роботи, яка завдає або може завдати шкоду їх здоров'ю. Це, зокрема, впливає з положень ст. 32 Конвенції ООН «Про права дитини» [3], ст. 10 Міжнародного пакту «Про економічні, соціальні і культурні права» та Конвенції Міжнародної організації праці «Про заборону та негайні заходи щодо ліквідації найгірших форм дитячої праці №182».

В Україні згідно з ч. 5 ст. 43 Конституції України забороняється використання праці дітей на небезпечних для їхнього здоров'я роботах. Подальший розвиток цієї конституційної гарантії міститься у Кримінальному кодексі України (ст. 150), приписах Кодексу законів про працю України (ст. 190), Законі України «Про охорону праці» (ст. 11), ЗУ «Про охорону дитинства» (ст. 21). У цьому контексті видається не зайвим нагадати, що охорона дитинства в Україні визнається стратегічним загальнонаціональним пріоритетом (преамбула до ЗУ «Про охорону дитинства»), а її здоров'я – найвищою соціальною цінністю (ст. 3

Суб'єктивна сторона злочину, передбаченого статтею 303 Кримінального кодексу України характеризується прямим умислом. Винний усвідомлює суспільно небезпечний характер свого діяння, передбачає його суспільно небезпечні наслідки та прагне до їх настання. Тобто він усвідомлює, що незаконно втягує особу в заняття проституцією, примушує її до цього чи забезпечує такого роду аморальну діяльність і бажає вчинення зазначених дій. Водночас ставлення особи до тяжких наслідків, що можуть настати в результаті таких дій, є необережним.

Потерпілою від злочину може бути фізична особа незалежно від її статі. Також присутній спеціальний потерпілий, тобто малолітня чи неповнолітня особа, або особа, яка матеріально чи службово залежить від особи, яка вчинила цей злочин.

Отже, питання сутенерства або втягнення особи в зайняття проституцією є насправді актуальним в наш час. Ситуація в країні змушує людей перетинати межі закону, займатися діяльністю, яка передбачає кримінальну та іншу відповідальність. Проте, заходи боротьби та попередження саме цього виду злочинності повинні бути дуже дієвими, адже порушуються не тільки права людини щодо самостійного і добровільного вибору виду діяльності, а відбувається посягання на статеvu свободу, волю, здоров'я і власність особи.

Список використаних джерел

1. Конституція України від 28 червня 1996 р. // Відомості Верховної Ради України. – 1996. – №30. – ст. 141.
2. Кримінальний кодекс України від 05 квітня 2001р. № 2341-III// Відомості Верховна Рада України. – 2001. – № 25-26. – Ст. 131.
3. Науково-практичний коментар Кримінального кодексу України / за ред. М.І. Мельника, М.І. Хавронюка. – 9-те вид., переробл. та допов. – К. : Юрид. Думка, 2012. – 1316 с.
4. Небитов А.А. Сутенерство або втягнення особи в зайняття проституцією: аналіз складу злочину / А.А. Небитов. // Науковий вісник Національної академії внутрішніх справ. – 2014. – №2. – С. 41-50.
5. Науково-практичний коментар до Кримінального кодексу України / [Андрушко П.П., Арсенюк Т.М., Бантишев О.Ф. та ін.] ; за заг. ред. П.П. Андрушка, В.Г. Гончаренка, Є.В. Фесенка. – [2-ге вид., переробл. Та допов.]. – К. : Дакор, 2008. – 1428 с.

Кирилюк Богдана Василівна
студентка 3 групи, IV курсу
медичного факультету №2
Національного медичного
університету ім. О.О.Богомольця

Юртин Богдан Ігорович
студент 3 групи, IV курсу
медичного факультету №2
Національного медичного
університету ім. О.О.Богомольця

Науковий керівник – професор
доктор медичних наук

Бабкіна Олена Петрівна
Кафедра судової медицини
Національного медичного
університету ім. О.О.Богомольця

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧНІ МЕТОДИ ІДЕНТИФІКАЦІЇ ОСОБИ В СУДОВІЙ МЕДИЦИНІ

На сьогоднішній день існує тенденція зростання кількості експертиз, які спрямовані на ідентифікацію особи. Причиною цього є чисельні локальні збройні конфлікти, техногенні катастрофи різного масштабу та масова міграція населення. Робота в цьому напрямку часто буває ускладнена через обгорання тіл загиблих, їх ушкодження чи розчленування чи посмертні зміни, навіть незважаючи на використання провідних методів визначення особи.

На сьогоднішній день у судово-імунологічній експертизі для ідентифікації використовують традиційні методи, які засновані на дослідженні біохімічних маркерів, які є індивідуальними ознаками людини. Дані методи включають визначення антигенних характеристик крові та тканин організму, а також ізоформ деяких ферментів. Індивідуалізуючі можливості маркерних систем залежать від їхньої поліморфності, тобто ступеня варіабельності та кількості варіантів у популяції.

Підвищення ефективності розв'язання завдань судово-медичних експертиз з ідентифікації особи може бути отримане при використанні новітніх технологій, які пов'язані із вивченням молекулярно-генетичного поліморфізму. Молекулярно-генетичний аналіз дозволяє дослідити особливі ділянки ДНК і одержати практично унікальний генетичний «паспорт» для кожної людини. Індивідуальні ознаки, які кодуються на рівні ДНК, є стійкими, незмінними й тотожними в усіх клітинах і тканинах організму, а, отже, і в речових доказах біологічного походження. Типування ДНК є одним із найбільш доказових методів аналізу

кодекса України медработниками. Следовательно, для разрешения вышеперечисленных недочетов в реанимационной практике необходимо: провести централизацию наблюдения за пациентами на примере иностранных клиник, где в отделении есть специально отведенное место с выводом на мониторы компьютеров жизненных показателей каждого из пациентов из интенсивной терапии; организовать повышение квалификации старшего и среднего медицинского персонала с проведением обязательных углубленных курсов по практическим навыкам в интенсивной терапии, а также обучение среднего и младшего медицинского персонала по уходу и надзору за пациентами; ввести использование «снимающихся» ручек либо ключей от окон с запретом на полное открытие окон в отделении; использовать кровати с функциональным ограждением, для предотвращения пациентов от падения на пол; и, наконец, – провести обязательное ознакомление медицинского персонала с их правами и обязанностями, а также с вышеперечисленными статьями Криминального Кодекса Украины.

Список использованных источников

1. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM200103013440908>
2. <http://trigger.in.ua/analitika/vrachebnaya-oshibka-ili-professionalnoe-nevezhestvo-mifyi-illyuzii-realnost.html>

Миронова Валерія Ігорівна
студентка Навчально-наукового
юридичного інституту
Національного авіаційного університету
Науковий керівник – асистент
Циганій Світлана Олексіївна
Кафедра кримінального права
і процесу Навчально-наукового
юридичного інституту Національного
авіаційного університету

ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ПРАВ ДІТЕЙ ЗА ЗАКОНОДАВСТВОМ УКРАЇНИ

Актуальність даної теми визначається тим, що згідно з положеннями Декларації прав дитини від 20 листопада 1959 року та Конвенції «Про права дитини» від 20 листопада 1989 року, прийнятих Генеральною Асамблеєю Організації Об'єднаних Націй, дитина внаслідок своєї фізичної та розумової незрілості потребує спеціальної правової охорони й піклування як до, так і після народження. До одного з основних засобів такої охорони міжнародне співтовариство включає визнання права дитини на захист від економічної експлуатації, примусової праці, виконання будь-

Другой проблемой являются так называемые «суициды». Оставляя окна открытыми, персонал подвергает риску пациента к осознанному или неосознанному выпрыгиванию из окна. Каждому сотруднику в отделении неврологии, психиатрии и реанимации известно о данном факте, но все равно, ошибки имеют место быть.

Третья причина – травматизм пациентов, которые падают с кровати.

Четвертая – небрежность при интубации, когда трубка выскальзывает из трахеи и гортани. Часто по причине отсутствия надзора ночью, при неправильно поставленной трубке либо ее ненамеренном извлечении самим пациентом, пациент может умереть по причине асфиксии.

И, наконец, самое важное – практически полное отсутствие ночного ухода. Среднему медицинскому персоналу надлежит в ночное время каждый час записывать показатели с приборов, такие как: температура тела, артериальное давление, степень сатурации крови кислородом, пульс и ЧДД. Врач реаниматолог самостоятельно выставляет на аппаратуре границы этих показателей, при превышении которых подается громкий звуковой сигнал. Средний медицинский персонал имеет практику выключать звуковое оповещение в ночное время и ложиться спать. Из этого следует отсутствие мониторинга жизненных показателей и несвоевременное оказание помощи пациентам в критических состояниях, что приводит к летальному исходу. Кроме того, отсутствие истинных данных динамики витальных функций приводит к назначению неверного лечения и, соответственно, ненамеренному совершению врачебной ошибки.

Как показывает практика, медработники в большинстве случаев абсолютно не знают статей Криминального кодекса Украины, которые касаются их в первую очередь. Исходя из всего выше перечисленного, судебно-медицинской экспертизе будут подлежать пациенты с причиной травматизма либо смерти в результате нарушений со стороны медицинских работников по таким статьям уголовного кодекса Украины [2], как:

- ст. 119. Убийство по неосторожности;
- ст. 128. Неосторожное тяжкое или средней тяжести телесное повреждение;
- ст. 135. Оставление в опасности;
- ст. 136. Неоказание помощи лицу, находящемуся в опасном для жизни состоянии;
- ст. 139. Неоказание помощи больному медицинским работником;
- ст. 140. Ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником.

Выводы и рекомендации. Главная проблема Украинских отделений интенсивной терапии заключается в некачественном надзоре и уходе за пациентом, из-за чего происходит постоянное нарушение Криминального

биологического материала при выполнении судебно-медицинской идентификационной экспертизы [1].

Найсучаснішим розробленим методом, який надає можливість здійснювати аналіз дуже малих кількостей зруйнованих молекул ДНК є метод ампліфікації (полімеразної ланцюгової реакції або ПЛР аналізу). Він ґрунтується на тому, що перед дослідженням гіперваріабельних ділянок відбувається багаторазове копіювання наявних фрагментів ДНК, завдяки чому збільшується їхня кількість. Роздільна здатність геномної дактилоскопії значно збільшилася з початком використання аналізу мікросателітів – невеликих варіабельних специфічних ділянок ДНК. Якщо біологічний матеріал знаходився тривалий час (декілька років) у сухих умовах і хоча б фрагменти ДНК були збереженими, то за допомогою цього методу є можливим ідентифікувати особу [2].

Іншим генетичним методом є флуоресцентна гібридизація *in situ* – цитогенетичний метод, що використовується для детекції та встановлення специфічної послідовності ДНК на метафазних хромосомах або в інтерфазних ядрах *in situ* та виявлення специфічних мРНК в речових доказах біологічного походження. При цьому основним недоліком цього методу є надзвичайно висока вартість та необхідність відповідної кваліфікації фахівців.

На сьогоднішній день дослідження спрямовані на пошук нових генетичних тестів, які б ідентифікували генотип та фенотип людини. Існують молекулярно-цитогенетичні методи, які є відносно недорогими і, поряд з ПЛР, можуть використовуватись в судово-медичній практиці для визначення загальних фенотипових ознак особи. До них належать цитоденситометричне дослідження інтерфазного та метафазного гетерохроматину ядер соматичних клітин периферичної крові. Оскільки існування клітини визначається її геномом, дослідження структури генів та епігенетичної регуляції є дуже важливим з метою встановлення зв'язку між цитоденситометричними ознаками гетерохроматину та фенотиповими характеристиками людини, що може слугувати новим генетичним тестом для ідентифікації гено- та фенотипу особи [3].

Зважаючи на актуальність даного питання та значні матеріальні витрати на проведення досліджень, технологічне забезпечення та підготовку фахівців, існує необхідність вдосконалення базових методів молекулярно-генетичного аналізу біологічних матеріалів з метою ідентифікації особи, зокрема для дослідження об'єктів, що піддалися дії агресивних факторів зовнішнього середовища (часових, фізичних). Також необхідно оптимізувати ключові моменти проведення ПЛР, матрицею в якій є ДНК досліджуваних об'єктів у деградованому стані й у незначній кількості.

Список використаних джерел

1. Козань Н.М., Волошинович В.М. Сучасний стан та перспективи

розвитку молекулярно-генетичного ідентифікаційного аналізу // Український медичний альманах. – 2013. – Том 16. – № 1. – 78-79 с.

2. Кривда Г.Ф. ПЛР-аналіз молекулярно-генетичного поліморфізму людини в судовій медицині: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук : спец. 14.01.25 «Судова медицина» / Г.Ф. Кривда. – К., 2003. – 32 с.

3. Кривда Р.Г. Ідентифікація особи в судовій медицині на основі ПЛР-аналізу геномної ДНК кісткової тканини : автореф. дис. канд. мед. наук: спец. 14.01.25 «Судова медицина» / Р.Г. Кривда. – К., 2009. – 20 с.

Клим Т.А.

*студент Навчально-наукового
юридичного інституту
Національного авіаційного університету*

Науковий керівник – доцент

кандидат юридичних наук

Рощина Інна Олександрівна

Кафедра кримінального права

і процесу Навчально-наукового

юридичного інституту

Національного авіаційного університету

КРИМІНАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ НЕПОВНОЛІТНІХ

Кримінальна відповідальність – це обов'язок особи дати звіт про свої дії уповноваженим на те державним органам (досудового розслідування, прокуратури, суду), а також перетерпіти певні обмеження, страждання, відчути примусову дію кримінального закону. Частиною кримінальної відповідальності є застосування покарання до винного [2].

Сьогодні чимало злочинів вчиняють неповнолітні, щороку кількість неповнолітніх злочинців, на жаль зростає. До того ж правопорушниками стають дедалі молодші особи.

Кримінальній відповідальності підлягають усі, кому до вчинення злочину виповнилося 16 років. За найтяжчі злочини (вбивство, крадіжка, пограбування, злісне хуліганство тощо) відповідальність настає з 14 років. Стаття 10 Кримінального кодексу України закріплює відповідальність неповнолітніх. Кримінальній відповідальності підлягають особи, яким до вчинення злочину минуло шістнадцять років.

Особи, які вчинили злочин у віці від чотирнадцяти до шістнадцяти років, підлягають кримінальній відповідальності лише за вбивство (статті 93-98 КК України), умисне заподіяння тілесних ушкоджень, що спричинили розлад здоров'я (статті 101-104, 106 частина 1 та 189 КК України), згвалтування (117 КК України), крадіжку (статті 81, 86, 140, 223 і 229 КК України), грабіж (статті 82, 86, 141, 223 і 229 КК України), розбій

Мамина Анна Владимировна

студентка II медичного факультета

IV курсу IX групи

Національного медичного

університету імені А.А. Богомольця

Научный руководитель – ассистент

Федорова Елена Анатольевна

Кафедра судебной медицины и

медицинского права Национального

медицинского университета

имени А.А. Богомольця

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ АНАЛИЗ НЕКОТОРЫХ НЕДОЧЕТОВ В РЕАНИМАЦИОННОЙ ПРАКТИКЕ

Актуальность. В наше время проблема недочетов в реанимационной практике является повсеместной, но скрытой от общественности ради благосостояния медицинского персонала. Учитывая нехватку лекарств, обученных кадров, оборудования, финансирования и, самого важного в мотивации, – адекватной зарплаты, работники лечебных учреждений часто недобросовестно относятся к своим обязанностям.

Самыми главными проблемами в реанимационной практике являются недостаток внимания к пациенту и отсутствие уголовного наказания для медицинского персонала.

В данной работе произведен анализ некоторых недочетов в практике медицинского персонала реанимационного отделения и палат интенсивной терапии среди совершеннолетних пациентов неврологического профиля. Данные взяты на основании личного опыта работы в этих отделениях.

Одной из главных проблем, с которой пришлось столкнуться, оказалась аспирационная пневмония. Статистики о том, сколько пациентов умирает от аспирационной пневмонии либо пневмонитов в Украине не публикуется. Согласно данным из зарубежного журнала [1], только 10-30% пациентов после анестезии умирают от аспирационной пневмонии. То, сколько пациентов умирают вследствие аспирации энтерального питания, а не желудочного содержимого, остается неизвестным. Только в двух разных центральных больницах Украины было замечено, что в каждой группе из приблизительно 10 больных, которые за 1 неделю при благоприятном течении должны перейти в стационар, 5 переходили в отделение стационара, а остальные 5 имели летальный исход. У большинства пациентов интенсивной терапии неврологического профиля имеет место нарушение глотания. В 1 случае смерти из 5, то есть в 20% – происходила аспирационная пневмония, вследствие недосмотра за процессом самостоятельного питания пациента.

провадження і закінчуючи стадією застосування покарання ми потребуємо спеціальних знань не лише в галузі юриспруденції.

Список використаних джерел

1. Порядок проведення судово-психіатричної експертизи: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 8 жовтня 2010 р. №397. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/z0219-02>.

2. Про психіатричну допомогу: Закон України від 22 лютого 2000 р. № 1489-III. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1489-14>.

3. Про захист населення від інфекційних хвороб: Закон України від 6 квітня 2000 р. № 1645-III. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1645-14>.

4. Про запобігання захворювання на СНІД та соціальний захист населення: Закон України в ред. від 3 березня 1998 р. №155/98-ВР. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/155/98-%D0%B2%D1%80>.

5. Перелік особливо небезпечних інфекційних та паразитарних хвороб людини і носійства збудників цих хвороб, затверджений наказом МОЗ України від 19 липня 1995 р. № 133. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=383>.

6. Біляков А.М. Судово-медичне обґрунтування тривалості перебігу смертельної механічної травми за метаболічними змінами в організмі в ранній термін антемортального періоду [Текст] : автореферат дис. . д-ра мед. наук : 14.01.25 – судова медицина / А.М. Біляков ; М-во охорони здоров'я України, Нац. мед. акад. післядипл. освіти ім. П.Л. Шупика. – Київ, 2014. – 40 с.

7. Правила судово-медичного визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень, затверджені наказом МОЗ України від 17 січня 1995 р. №6. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z0255-95>.

8. Порядок організації та проведення медико-соціальної експертизи втрати працездатності, затверджений постановою КМ України від 4 квітня 1994 р. № 221. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/221-94-%D0%BF>.

(статті 86, 142, 223 частина 2 і 229 частина 3 КК України), злісне або особливо злісне хуліганство (стаття 206 КК України частини 2 і 3), умисне зниження або пошкодження державного, колективного майна чи індивідуального майна громадян, що спричинило тяжкі наслідки (статті 89 КК України частини 2 і 3 та 145 частина 2), а також за умисне вчинення дій, які можуть викликати аварію поїзда (стаття 78 КК України) [1].

Поряд із загальними положеннями, що відносяться до кримінальної відповідальності осіб, які вчинили злочини, кримінальний закон передбачає певні особливості кримінальної відповідальності для неповнолітніх. Ці особливості стосуються:

- звільнення неповнолітніх від кримінальної відповідальності або покарання із застосуванням примусових заходів виховного характеру;
- видів покарання, які застосовуються до неповнолітніх;
- звільнення неповнолітніх від відбування покарання.

Специфіка вирішення низки питань відповідальності за злочини, вчинені самими неповнолітніми зазначені у розділі XV Загальної частини КК України.

Українські правники виділяють дві групи неповнолітніх, які перебувають у конфлікті із законом: 1. Неповнолітні правопорушники, які були засуджені до покарань, не пов'язаних із позбавленням волі (такі неповнолітні перебувають на обліку в кримінально-виконавчій інспекції Державного департаменту України з питань виконання покарань та кримінальної міліції у справах неповнолітніх). 2. Неповнолітні правопорушники, які перебувають у місцях позбавлення волі – виховно-трудових колоніях. Існує ще одна група – ті, хто повернувся з місць позбавлення волі і має соціальні проблеми після свого повернення [3].

Метою державної системи охорони правопорядку України (ст. 50 КК України) є не тільки покарання за вчинений злочин, а й виправлення засуджених. Щодо неповнолітніх, які порушили закон, широко використовується практика звільнення від відбування покарання з випробуванням, застосування примусових заходів виховного характеру, звільнення від кримінальної відповідальності. Згідно зі ст. 33 Закону України «Про охорону дитинства», затримання та арешт неповнолітніх застосовуються як винятковий захід і тільки у випадку та порядку, встановлених законом. Про це негайно повідомляються батьки дитини чи особи, які їх замінюють, а також органи прокуратури [4].

Неповнолітні, які вживають алкоголь, наркотики, а також ті, які за станом здоров'я не можуть бути направлені до загальноосвітніх шкіл та професійних училищ соціальної реабілітації, в порядку, встановленому законом, направляються до центрів медико-соціальної реабілітації неповнолітніх. Дітям, які перебувають у цих закладах, гарантується право на гуманне ставлення з боку оточуючих, на охорону здоров'я, отримання базової освіти і професійної підготовки, побачення з батьками або

особами, що їх замінюють, відпустку, листування, отримання передач, посилок від батьків або гуманітарних, благодійних та інших організацій, які виявили бажання допомогти їм, у порядку, встановленому законодавством України.

Таким чином, можна зробити висновок, що покарання, що є більш м'яким щодо осіб, які вчинили злочин у віці до вісімнадцяти років, є більш пільговим, ніж до повнолітніх. При цьому, незалежно від характеру і тяжкості вчинених злочинів, наявності рецидиву, небезпечності особи, закон не містить заборони на застосування цих пільгових інститутів до осіб, які на момент вчинення злочину були неповнолітніми.

Список використаних джерел

1. Кримінальний кодекс України 2001 року : за станом на 03.12.2015 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу до кодексу : <http://zakon3.rada.gov.ua/>

2. Кримінальне право України: Загальна частина: Підручник / Баулін Ю.В., Борисов В.І., Кривоченко Л.М. та ін. ; За ред. Сташиса В.В., Тація В.Я. – 4-е вид., перероб. і доповн. – К.: Право, 2010. – 456 с.

3. Кримінальне право України. (Загальна частина) : [підручник] / Бабенко А.М., Валєва Ю.А., Грищук В.К. та ін. / За заг. ред. О.О. Бандурки. – Х. : Вид-во ХНУВС, 2011. – 378 с.

4. Про охорону дитинства : Закон від 26.04.2001№ 2402-III // Офіційний вісник України. – 2010. – № 30. – ст. 142.

Кобильчук О.С.

*студент 3 курсу Навчально-наукового
юридичного інституту
Національного авіаційного університету*

Науковий керівник – асистент

Циганій Світлана Олексіївна

*Кафедра кримінального права
і процесу Навчально-наукового
юридичного інституту Національного
авіаційного університету*

КРИМІНАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА ДОВЕДЕННЯ ДО САМОГУБСТВА: ПРОБЛЕМИ КВАЛІФІКАЦІЇ

Українська держава визнає людину, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпеку найвищою соціальною цінністю [1]. Проте нині країна переживає складний період, у зв'язку з чим посилюються соціальні негаразди в суспільстві і – як їх наслідок – збільшився рівень смертності внаслідок вчинення самогубств (майже на 50% протягом останніх десяти років). Тепер щогодини в нашій країні внаслідок вчинення

примусових заходів медичного характеру та примусового лікування (ст. 92-96 КК України). Це питання настільки важливе для кримінального законодавства, що порядок і процедура пред'явлення заяви представника психіатричного закладу та мотивованого висновку комісії лікарів-психіатрів детально передбачені в ч. 2 ст. 95 КК України. Але примусове лікування призначається і тоді, коли засуджена особа страждає на хворобу, що становить небезпеку для здоров'я інших осіб. Існують, окрім вказаного виду, ще і соціально небезпечні захворювання (венеричні захворювання, СНІД) та особливо небезпечні інфекційні хвороби. Перелік таких хвороб передбачений у низці нормативних актів [3, 4, 5]. За свідоме зараження ними інших людей встановлена кримінальна відповідальність (ст. 130, 133 КК України).

В Особливій частині КК України також міститься низка норм, застосування яких потребує спеціальних медичних знань та проведення спеціальних медичних експертиз. Це особливо актуально щодо злочинів проти життя та здоров'я особи.

Так, в ст. 115 КК України встановлена відповідальність за умисне вбивство. В більшості випадків лише судово-медична експертиза надасть відповідь на необхідні для кваліфікації конкретного злочину питання про час настання смерті людини та її причину, адже смерть може настати не лише внаслідок суспільно небезпечного діяння, а і внаслідок механічної травми. Визначенням реакції організму на травму займаються дослідники в галузі судової медицини, хірургії, нейрохірургії тощо. Механізм реакції організму на травму вивчали на клітинному та субклітинному рівнях, визначали особливості розвитку судинної динаміки, елементів гемореології, обміну речовини, стану імунної системи. Як вказує А.М. Біляков, у випадках протиправних дій проти життя людини визначення давності виникнення травми має вирішальне значення [6]. Багато проблем виникає у процесі кваліфікації тілесних ушкоджень (ст. 121, 122, 125 КК України). За ступенем тяжкості вони поділяються на тяжкі, середньої тяжкості і легкі, а ступінь їх тяжкості встановлюється відповідно до Правил судово-медичного визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень [7]. Навіть окремі ознаки тілесних ушкоджень, наприклад, втрата працездатності, визначаються відповідно до нормативних актів в галузі медичного права [8].

Серйозна проблема виникає при застосуванні норми КК України про тяжке тілесне ушкодження, що спричинило смерть потерпілого (ч. 2 ст. 121 КК України) та про її відмежування від умисного чи необережного вбивства чи від замаху на вбивство.

Таких прикладів можна приводити багато. Вищевказане дає підстави для висновку, що вивчення медичного права та таких дисциплін як «Судова медицина» та «Судова психіатрія» є необхідною складовою кваліфікації «юрист», адже починаючи від відкриття кримінального

Лихова Софія Яківна

*доктор юридичних наук, професор,
завідувач кафедри кримінального права
і процесу Навчально-наукового
юридичного інституту Національного
авіаційного університету*

ВИКОРИСТАННЯ СПЕЦІАЛЬНИХ МЕДИЧНИХ ЗНАТЬ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ НОРМ КРИМІНАЛЬНОГО ЗАКОНОДАВСТВА УКРАЇНИ

В Кримінальному кодексі України міститься низка норм, застосування яких неможлива без використання результатів судово-медичної експертизи та знань в галузі медичного права.

Так, наприклад, потреба у спеціальних знаннях в галузі медицини та психіатрії виникає, коли неможливо точно встановити вік особи. В деяких випадках можлива розбіжність між певним віком особи і рівнем її розумового розвитку, станом свідомості і волі, коли під час розслідування конкретного кримінального провадження виявляється, що вік особи не відповідає типовому для цього віку рівню психічного розвитку.

Потреба у медичних знаннях виникає і тоді, коли необхідно вирішити питання щодо осудності або неосудності особи. Безумовно, це питання в кінцевому рахунку вирішує суд, але наявність медичного критерію констатує висновок судово-психіатричної експертизи щодо наявності у особи одного із чотирьох видів психічних захворювань: 1) хронічна психічна хвороба; 2) тимчасовий розлад здоров'я; 3) слабоумство; 4) інший хворобливий стан [1]. Варто відмітити, що до компетенції судово-психіатричної експертизи відноситься вирішення питання і про наявність юридичного критерію щодо психічного стану конкретної особи, адже саме юридичний критерій визначає тяжкість захворювання, глибину розладу психіки, ступінь впливу психічного захворювання на здатність усвідомлювати характер і наслідки вчиненого діяння, керувати своїми вчинками.

Значна кількість злочинів вчинюється в стані алкогольного сп'яніння або у стані, викликаному вживанням наркотичних або інших одурманюючих засобів (п. 13 ч. 1 ст. 67 КК України). При застосуванні цієї норми не варто забувати, що вказаний стан може бути як фізіологічним, так і патологічним і в останньому випадку особа визнається неосудною. Таким чином, не лише при встановленні ознак суб'єкта злочину, а і на стадії призначення покарання кримінальне законодавство потребує використання спеціальних медичних висновків.

Під час виконання покарання кримінальний закон, також, керується нормами медичного законодавства, зокрема Законом України «Про психіатричну допомогу» [2]. В даному випадку йдеться про застосування

самогубства помирає дві людини. Україна увійшла до першої п'ятірки неблагополучних країн з огляду на суїцидні показники [4].

Самогубство та проблеми його кваліфікації вивчали такі українські науковці: В.О. Глушков, В.Ф. Войцех, С.В. Жабокрицький, М.П. Мелентьєв, О.М. Моховіков, Г.Я. Пілягіна, В.В. Сулицький, А.П. Тіщенко. У зв'язку з цим, у вітчизняній кримінально-правовій науці останніми роками намітилися позитивні тенденції розширення проблематики досліджень, що стосуються реалізації державної політики протидії злочинним проявам, пов'язаним із посяганням на життя людини.

Серед злочинів цієї категорії особливе місце займає такий злочин, як доведення до самогубства (ст. 120 КК України). Проблема кваліфікації доведення до самогубства викликає певні труднощі у правозастосовній діяльності. Особливо це стосується встановлення причинного зв'язку між діями (бездіяльністю) винного та самогубством (замахом на самогубство) потерпілого, встановлення вини, відмежування злочину, передбаченого статтею 120 КК України, від суміжних складів злочинів: вбивства (ст. 115 КК України), катування (ст. 127 КК України) [3]. Проблеми можуть виникнути також при відмежуванні доведення до самогубства як загальної норми від схожих, але спеціальних складів злочинів [4]. Усе зазначене визначає актуальність обраної теми, передбачає наукове осмислення широкого спектра проблем, пов'язаних із встановленням юридичних ознак доведення до самогубства у сучасних умовах.

По-перше, діяння, іменоване в диспозиції статті 120 КК України як «доведення особи до самогубства або замаху на самогубство», є специфічним. Його відмінною рисою є те, що його наслідки настають не від дій винного, безпосередньо спрямованих на заподіяння смерті потерпілому (наприклад, удару ножом, пострілу, отруєння отрутою тощо). Під час доведення до самогубства потерпілий сам заподіює собі смерть у результаті певних дій винного, передбачених у статті 120 КК України: жорстокого поводження, шантажу, примусу до протиправних дій або систематичного приниження людської гідності потерпілого. Крім того, зазначені дії не лише самі по собі мають суспільно небезпечний характер, а й є причиною подальшого самогубства потерпілого чи замаху на самогубство [5].

По-друге, практика застосування статті 120 КК України зазнає значних труднощів. На нашу думку, це обумовлюється не лише недостатньою юридичною грамотністю працівників органів досудового розслідування та суду, а й істотною неконкретністю та неоднозначністю доктринального (наукового) тлумачення ознак складу злочину, передбаченого статтею 120 КК України. Проте, як відомо, доктринальне тлумачення впливає на легальне тлумачення норм закону, яким, зокрема, є офіційне [5]. У зв'язку з викладеним для точної кваліфікації злочину необхідно всебічно, повно й об'єктивно з'ясувати внутрішню сутність зовнішніх об'єктивних ознак

діяння особи, обвинувачуваної у вчиненні злочину, передбаченого статтею 120 КК України.

Аналізуючи чинне законодавство, виокремлено ознаки, що дозволяють чітко відмежовувати злочин, передбачений статтею 120 КК України, від суміжного кримінально-правового діяння. Основними з них є суб'єкт злочину, коло осіб, які можуть бути потерпілими від цих злочинів, зміст та деякі особливості об'єктивної та суб'єктивної сторін злочину.

Отже, для обґрунтованого притягнення до кримінальної відповідальності та правильної кваліфікації необхідний ретельний аналіз кожної ознаки складу злочину і їх сукупності на базі диспозиції відповідної норми Особливої частини КК і досліджуваного діяння.

Список використаних джерел

1. Конституція України від 28 червня 1996 року // Відомості Верховної Ради. – 1996. – № 30. – Ст. 141.
2. Міжнародний пакт про громадянські і політичні права / ООН A/RES/2200 A (XXI) від 16 грудня 1966 р. [Електронний ресурс]. Режим доступу http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/995_043
3. Кримінальний кодекс України. – К.: ВЕЛЕС, 2006. – 152 с.
4. Гусак О.А. Кваліфікація доведення до самогубства / О.А. Гусак // Актуальні проблеми держави і права : зб. наук, праць. – Вип. 16. – О. : Юрид. л-ра, 2002. – С. 613-616.
5. Гусак О.А. Кримінальна відповідальність за доведення до самогубства в історії вітчизняного права / О.А. Гусак // Актуальні проблеми держави і права : зб. наук, праць. – Вип. 67. – О. : Юрид. л-ра, 2012. С. 649-655.

Коломиец Ангелина Алановна

студентка 6 курсу

медичного факультета №1

Національного медичного

університету імені А.А. Богомольця

О ПРОБЛЕМЕ УСТАНОВЛЕНИЯ ПРИЖИЗНЕННОСТИ ОЖоговой ТРАВМЫ

Согласно современному законодательству Украины во всех случаях насильственной смерти в обязательном порядке проводится судебно-медицинская экспертиза трупа. Одним из видов данной категории смерти является смерть вследствие действия на тело высоких температур, часто сопровождающееся ожоговой травмой. На первый взгляд, в такой ситуации установление причины смерти не вызывает затруднения. Однако, в ряде случаев, возникают сложности в решении вопроса о прижизненности ожоговой травмы.

притискають матеріал зі сприймаючою поверхнею. Отримане дзеркальне зображення переносять на підроблюваний документ. Якщо зображення підробленого підпису вийшло блідим, то його окремі штрихи на документі домальовують або обводять чорнилом. Отже, блідість штрихів – це перша ознака підробленого у такий спосіб підпис. Крім того, краї штрихів можуть вийти нерівними, розмитими; характерною також є повна відсутність рельєфу штрихів наявність біля штрихів підпису фрагментів зображень, частинок речовин та ворсинок, люмінесценція тощо [4].

Підробка підписів з використанням комп'ютерної техніки нині набуває все більшого застосування серед злочинців, які добре знаються на комп'ютерних технологіях. Дослідження таких підписів – одна з найбільш трудомістких експертиз. Причина в тому, що комп'ютер майже цілком відтворює всі елементи підпису, у результаті чого він має правдоподібний зовнішній вигляд. Тому всі подібні підписи, що викликають сумніви необхідно направляти на техніко-криміналістичну експертизу документів.

Варто зазначити, що злочинці, здійснюючи будь-яку підробку підпису в документі, прагнуть її якимось замаскувати: умисно забруднюють документ, пошкоджують поверхневий шар паперу, штучно приводять його у стан старіння тощо. В такому випадку необхідно застосовувати такі методи виявлення як кольороорозрізнення, зйомка в інфрачервоних променях, фотографування в УФ-променях, люмінесцентний аналіз, посилення контрасту в залежності від вирішення конкретного завдання.

Отже, дослідження підписів, виконаних за допомогою технічних прийомів, однозначно належить до складних завдань судової експертизи. Це зумовлено тим, що внаслідок стрімкого розвитку інформаційних технологій і загальної їх доступності постійно з'являються нові види підробки, які потребують застосування широкого кола методів і різних знань для їх дослідження.

Список використаних джерел

1. Воробей О.В. Техніко-криміналістичне дослідження документів. Навчально-методичний посібник – К.: Центр учбової літератури, 2008. – 304 с.
2. Маркусь В.О. Криміналістика. Навчальний посібник. – К.: Кондор, 2007. – 558 с.
3. Криміналістика: Курс лекцій / П.Д. Біленчук, А.П. Гель, М.В. Салтєвський, Г.С. Семаков. – К.: МАУП, 2001. – 216 с.
4. Комплексне криміналістичне дослідження підписів, виконаних за допомогою технічних прийомів / М.А. Грига // Юридичний вісник. – 2014. – №1. – С. 142-146.

стають підписи, виконані за допомогою технічних прийомів. Найпоширенішими способами виконання таких підписів є попереднє змальовування підпису з оригіналу, з подальшим наведенням заготовки; перемальовування «проти світла»; копіювання підпису через копіювальний папір; передавлювання; вологе копіювання; фотомеханічний спосіб, використання копіювально-множильної техніки та інші. Отже, зупинимось на деяких з перелічених способів технічної підробки підпису та зазначимо їх характерні ознаки.

Одним із найпоширеніших способів є підробка підписів копіюванням через копіювальний папір. Підроблені підписи, одержані цим способом, мають низку ознак: уповільненість темпу руху; більша інтенсивність забарвлення штрихів підпису; неповне суміщення штрихів, виконаних через копіювальний папір, зі штрихами наведення; наявність частинок фарбувального матеріалу копіювального паперу; сліди механічного видалення фарбувального матеріалу копіювального паперу [1].

Копіювання передавлюванням по штрихах справжнього підпису має схожість з описаним вище способом: документ з підписом-оригіналом теж накладається на підроблений документ, але копіювання проводиться тисненням: справжній підпис обводять якимось загостреним предметом. Контрастне зображення підпису у вигляді поглиблених штрихів, обводять чорнилом або іншим фарбувальним матеріалом. Основними ознаками цього способу підробки є: уповільненість темпу руху у штрихах; здавленість штрихів; неповне суміщення вдавлених штрихів зі штрихами наведення; сліди маскуваня; наявність частинок фарбувального матеріалу копіювального паперу; сліди маскуваня рельєфних штрихів (згладжування, блиск) [2].

Стосовно копіювання підпису проти світла, то зображення підробленого підпису отримують в один або два прийоми: підроблений підпис одразу обводять проти світла чорнилом чи олівцем або спочатку копіюванням проти світла контуру підпису за допомогою загостреного олівця з подальшим наведенням його чорнилом. Ознаки підробки підпису, за якими експерт виділяє цей спосіб такі: наявні чорнильні помарки, утворені через незвичайні умови письма; невідповідність напрямку рухів штрихів при виконанні слабозпізнаваних деталей на справжньому підписі; можливе перекопіювання частин фарбувального матеріалу справжнього підпису (чорнил, пасти) на зворотному боці підроблюваного документа, де розташований підпис та інші [3].

Такий спосіб підробки як вологе копіювання суттєво відрізняється від попередніх способів підробки підписів. У даному випадку на підроблений документ переноситься фарбувальний матеріал справжнього підпису зі збереженням будови і конфігурації. Для цього використовуються матеріали, поверхня яких має підвищену копіювальну здатність (фотографічний папір або плівка тощо). До підпису – оригіналу

Дело в том, что следы действия термического фактора на тело могут возникать не только вследствие смерти на пожаре, но и при криминальном сожжении трупа. В таких случаях возможны различные варианты происхождения ожоговой травмы. Пострадавший мог надыхаться угарным газом и умереть, а ожоги могли образоваться как прижизненно, так и после наступления смерти. В практике следственных органов встречаются и случаи убийства с последующим сожжением трупа с целью сокрытия преступления. В таких случаях ожоги чаще всего бывают посмертными, хотя из средств массовой информации известны случаи, когда в ходе истязаний преступники поджигали еще живых жертв. В пример можно привести резонансный случай группового изнасилования и попытки прижизненного сожжения, впоследствии погибшей, Оксаны Макар из Врдаевки Николаевской области в 2012 году.

При неясных обстоятельствах необходимость в использовании дополнительных методов исследования (судебно-гистологического, судебно-биохимического и др.) для получения достоверного ответа резко возрастает.

Исследования трупов с признаками ожоговой травмы, как правило, выполняются по постановлению органов досудебного расследования.

Деятельность органов досудебного расследования строго регламентирована. Согласно ст. 219 УПК Украины («Сроки производства досудебного расследования») существует понятие процессуальных сроков – установленных законом или в соответствии с ним прокурором, следственным судьей или судом промежутков времени, в рамках которых участники уголовного производства обязаны (имеют право) принимать процессуальные решения или совершать следственные действия.

Процессуальные сроки досудебного расследования не должны превышать 1 месяца, при условии, что в этот период не возникает обстоятельств, позволяющих продлить допустимые сроки в соответствии с законом.

Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы трупов в таких случаях и объем дополнительных лабораторных исследований регламентируется действующими Правилами проведения судебно-медицинской экспертизы (исследований) трупов в бюро судебно-медицинской экспертизы соответственно пунктам 2.2.13а и 2.2.13.6 [1].

Ограничения во времени и приоритет оперативности следственных действий требуют ответа судебно-медицинского эксперта на поставленные вопросы в как можно более сжатые сроки. Ведь следственные мероприятия в отношении подозреваемых в полном объеме чаще представляются возможным, если проводить их без промедления.

Макроскопическим способом подтверждения прижизненности ожоговой травмы считается обнаружение во время судебно-медицинского вскрытия трупа наложенный копоты в комплексе с резким отеком и

кровоизлияниями в слизистой оболочке гортани и трахеи. Указанные патоморфологические изменения свидетельствуют об ожоге дыхательных путей [2].

Что же касается ожогов кожи, то для их подтверждения невозможно ограничиться одной лишь констатацией видимых изменений.

Существующие в настоящее время специальные методики судебно-гистологического и судебно-биохимического (токсикологического) исследований позволяют с высокой точностью определить прижизненность получения ожоговой травмы, но обладают рядом несовершенств. Главным недостатком является длительность исследования, которая составляет в среднем 10-12 суток и более, так как существенно приостанавливает производство дознания или досудебного следствия. Этот факт всегда негативно отражается на конечном результате в виде снижения уровня раскрываемости преступлений и ухудшения других показателей качества работы правоохранительных органов со всеми последствиями. Кроме того, существующие методы исследований являются достаточно сложными в выполнении. Поэтому перечисленные причины ограничивают возможности их применения экспертами I инстанции.

Ввиду сложившихся обстоятельств, становится очевидным факт того, что для решения вопроса об установлении прижизненности ожоговой травмы требуется разработка и внедрение в практику судебно-медицинской экспертизы трупов скрининговых методик исследований, преимуществами которых была бы доступность и простота выполнения, позволяющая получить максимально достоверный результат в минимальные сроки, скажем – хотя бы в несколько часов.

Список использованной литературы

1. Наказ МОЗ України № 6 Про розвиток та вдосконалення судово-медичної служби України від 17.01.1995.
2. Боенко С.К. Поражения дыхательных путей у обожженных. / С.К. Боенко, С.А. Полищук, В.И. Родин. – К.: Здоровье, 1990. – 134 с.

Конопатська Каріна Юріївна

студентка Навчально-наукового

юридичного інституту

Національного авіаційного університету

ПОНЯТТЯ І ВИДИ ЗЛОЧИНІВ ПРОТИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

Суспільна небезпека злочинів проти здоров'я населення полягає в тому, що їх вчинення пов'язане з заподіянням шкоди здоров'ю не окремої людини, а багатьох людей (здоров'ю населення, частини населення в тій

Інші автори вважають, що при цьому не береться до уваги, що стосовно ексцесу (до того злочину, що саме і складає зміст ексцесу) будь-який співучасник є виконавцем, оскільки саме він вчиняє дії, що утворюють об'єктивну сторону злочину, який є наслідком ексцесу. Тож правильно говорити не про ексцес співучасника, а про ексцес виконавця [2].

Отже, з урахуванням викладеного вище можемо зробити такі висновки:

– під ексцесом виконавця потрібно розуміти вчинення ним умисного злочину, який не охоплювався ні прямим, ні непрямим умислом інших співучасників;

– попередня діяльність співучасників є необхідною умовою вчинення злочину, що утворює ексцес;

– вчинити ексцес може будь-який зі співучасників, а не лише виконавець злочину;

– при ексцесі виконавця відсутній обов'язковий для співучасті двосторонній суб'єктивний зв'язок;

– ексцесом виконавця потрібно вважати вчинення як більш тяжкого, так і менш тяжкого, а також злочину однакового ступеня тяжкості, порівняно зі злочиним, який охоплюється умислом інших співучасників.

Список використаних джерел

1. Мельников А.М. Відповідальність злочинної групи при ексцесі виконавця / А.М. Мельников // Право і безпека. – 2004. – № 2. – 82-85 с.
2. Михайлов В. Банда: форма соучастия или сговор? / В. Михайлов // Уголовное право. – 2004. – №3. – 53-56 с.

Курінна Анна Вікторівна

студентка 3 курсу 302 групи

Навчально-наукового

юридичного інституту

Національного авіаційного університету

Науковий керівник – асистент

Кочнєва Аліса Олександрівна

Кафедра кримінального права

і процесу Навчально-наукового

юридичного інституту Національного

авіаційного університету

ОКРЕМІ АСПЕКТИ ТЕХНІКО-КРИМІНАЛІСТИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПІДПИСІВ, ВИКОНАНИХ ЗА ДОПОМОГОЮ ТЕХНІЧНИХ ПРИЙОМІВ

Останнім часом у практиці судово-почеркознавчої експертизи все частіше трапляються випадки, коли об'єктом експертного дослідження

співучасників виходить за межі цієї змови.

Так, згідно з п. 3 постанови Пленуму Верховного суду України №2 від 7 лютого 2003 р. «Про судову практику в справах про злочини проти життя та здоров'я особи», при ексцесі виконавця, тобто коли один зі співучасників вийшов за межі домовленості щодо обсягу злочинних дій і вчинив більш тяжкий або інший злочин (наприклад, при домовленості заподіяти потерпілому тілесні ушкодження позбавив його життя), за цей злочин повинен відповідати лише його виконавець, а інші особи – за злочини, вчинені ними в межах домовленості.

Виділяють два види ексцесу: кількісний і якісний. Ця різниця має певне практичне значення, оскільки впливає на кваліфікацію, зокрема, на кваліфікацію дій виконавця.

Кількісний ексцес наявний, коли виконавець, почавши вчиняти злочин, який був задуманий співучасниками, вчиняє дії однорідного характеру, але більш тяжкі. Тут задуманий співучасниками злочин ніби «переростає» в більш тяжкий. У таких випадках виконавець несе відповідальність за більш тяжкий злочин, який він вчинив.

Якісний ексцес має місце, коли виконавець вчиняє неоднорідний, зовсім інший, аніж задуманий співучасниками, злочин на додаток до того, що було погоджено зі співучасниками. При такому ексцесі виконавець відповідає за правилами реальної сукупності злочинів: за задуманий і вчинений за угодою зі співучасниками злочин та за той, що був наслідком його ексцесу.

В практиці можливі і випадки кількісно-якісного ексцесу.

Зважаючи на все вищесказане, співучасники як при кількісному, так і при якісному ексцесі виконавця за ексцес відповідальності не несуть (оскільки цей злочин не охоплювався їхнім умислом). Вони відповідають лише в межах змови, що відбулася між ними, тобто за той злочин, що ними спільно був задуманий. У ч. 5 ст. 29 КК України зазначено, що співучасники не підлягають кримінальній відповідальності за діяння, вчинене виконавцем, якщо воно не охоплювалося їхнім умислом.

Потрібно зазначити, що можливі випадки, коли співучасник вчиняє злочин, який містить у собі ознаки іншого складу злочину, але однаковий за ступенем тяжкості з тим, який був запланований, і тут також є вихід за межі умислу співучасників.

Деякі науковці поняття ексцесу виконавця трактують у більш широкому значенні – ексцес співучасника, вважаючи, що «автором» ексцесу може бути не лише виконавець злочину, але й будь-який інший співучасник [1]. Так, на думку цих учених, при співучасті з розподілом ролей ексцес з боку організатора, підбурювача та пособника також інкримінується у вину тільки тому з них, хто своїми діями вийшов за межі загального умислу. Аналогічним чином будь-хто з членів організованої групи чи злочинної організації несе самостійну відповідальність за злочин, вчинений без відома інших учасників угруповання.

чи іншій місцевості або в тому чи іншому регіоні). Під злочинами проти здоров'я населення розуміються передбачені кримінальним законом суспільно-небезпечні діяння, пов'язані з порушенням правил, які забезпечують здоров'я населення і заподіюють їм істотної шкоди, або створюють небезпеку його заподіяння.

Відповідно до ст. 49 Конституції України кожний має право на охорону здоров'я. Держава забезпечує санітарно-епідемічне благополуччя населення. Злочини, передбачені розділом XIII Особливої частини КК України, посягають на здоров'я населення, яке є родовим об'єктом цих злочинів. Він охоплює собою безпеку біофізіологічного та психічного стану, що фактично склався, невизначеного кола осіб від незаконного обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, отруйних, сильнодіючих речовин і одурманюючих засобів, біологічних агентів і токсинів, радіоактивне забрудненої продукції, а також від поширення епідемій [1].

Обов'язковою ознакою злочинів, що розглядаються (за винятком порушення правил боротьби з епідеміями КК України ст. 325), є наявність предметів, що становлять підвищену небезпеку для здоров'я людей. Вони виступають як предмети або як засоби вчинення цих злочинів. Такими предметами є: наркотичні; психотропні речовини; прекурсори; аналоги наркотичних засобів та психотропних речовин; снотворний мак і конопля; отруйні і сильнодіючі речовини; одурманюючі засоби; мікробіологічні та інші біологічні агенти; токсини; допінг; радіоактивне забруднені продукти та інша продукція.

Об'єктивна сторона злочинів, що розглядаються, полягає в суспільно небезпечному і протиправному заподіянні шкоди здоров'ю населення. Кримінальна відповідальність за ці злочини відповідає міжнародним договорам України, які передбачають обов'язки держав переслідувати осіб, винних в незаконному обігу предметів, що становлять підвищену небезпеку для здоров'я населення, в першу чергу наркотичних засобів. До них відносяться Єдина конвенція про наркотичні засоби 1961 р., Конвенція про психотропні речовини 1971 р. Конвенція ООН про боротьбу проти незаконного обігу наркотичних засобів і психотропних речовин 1988 р.

Як правило, ці злочини вчинюються тільки шляхом дії, а деякі з них і бездіяльністю (наприклад, порушення правил зберігання і обліку наркотичних засобів, отруйних і сильнодіючих речовин, мікробіологічних та інших біологічних агентів або токсинів) [2].

Суб'єктивна сторона цього злочину з формальним складом характеризується прямим умислом. Важливе значення для кваліфікації злочину при цьому має встановлення наявності або відсутності мети збуту наркотичних засобів, радіоактивне забруднених продуктів харчування чи іншої продукції та інших предметів. У більшості злочинів з матеріальним

складом вина є тільки умисною (наприклад, викрадення, привласнення наркотичних засобів, заволодіння ними шляхом шахрайства або зловживання службовою особою своїм службовим становищем). Разом з тим, для таких злочинів, як порушення правил боротьби з епідеміями; порушення правил поведінки з біологічними агентами чи токсинами; заготівля, перероблення або збут радіоактивне забруднених продуктів харчування характерна необережна форма вини до наслідків, хоч самі дії (бездіяльність) у вигляді порушення правил, можуть бути вчинені як умисно, так і через необережність.

Також є певні види злочинів проти здоров'я населення. Залежно від безпосереднього об'єкта, особливостей предмета та об'єктивної сторони злочини проти здоров'я населення, можна поділити на такі групи: злочини, пов'язані з незаконним обігом наркотичних засобів та інших предметів, небезпечних для здоров'я населення; злочини, пов'язані з незаконним заволодінням наркотичними засобами, а також обладнанням, призначеним для їх виготовлення; злочини, пов'язані з незаконним вживанням наркотичних і одурманюючих засобів, а також допінгу; інші злочини проти здоров'я населення [3].

Кримінальний кодекс України містить достатню законодавчу базу для кримінально-правової боротьби зі злочинністю. Його правильне, неухильне застосування може й повинне відіграти величезну роль у вирішенні завдань по скороченню злочинності. Для здійснення цих завдань КК установлює підстави й принципи кримінальної відповідальності, визначає, які небезпечні для особистості, суспільства й держави діяння визнаються злочинами, і встановлює види покарань або інші міри кримінально-правового характеру за вчинення злочинів.

Список використаних джерел

1. Конституція України : прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 р. / станом на 15.03.2016 [Електронний ресурс] режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>
2. В.А. Клименко, М.І. Мельник Кримінальне право України. Особлива частина: Підручник. Вид. 2-ге, переробл. та допов. – К.: Атіка, 2008. – 712 с.
3. Кримінальний кодекс України / станом на 15.03.2016 – [Електронний ресурс] режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2341-14>

6. Кофанов А.В. Методи дослідження пошкоджень, завданих гладкоствольною вогнепальною зброєю на різних об'єктах // Актуальні проблеми сучасної науки в дослідженнях молодих вчених. Збірник наукових праць. – Харків: УВС МВС України, 1997. – № 4. – С. 76-86.

7. Кофанов А.В. К вопросу классификации новых видов гладкоствольного огнестрельного оружия // Криміналістичний вісник. Науково-практичний вісник. – К.: ДНДЕКЦ МВС та НАВС України, 2002. – № 4. – С. 83-87.

8. Кофанов А.В. Теоретичні та практичні аспекти криміналістичного дослідження гладкоствольної вогнепальної зброї. Автореф. дис. канд. юр. наук. – К., 2000. – 19 с.

9. Кофанов А.В. Судово-балістичні дослідження / А.В. Кофанов, О.Л. Кобилянський, В.В. Арешонков. – К. : УкрДГРІ, 2015. – 278 с.

10. Кофанов А.В. Недоліки підготовки судового експерта як передумови виникнення експертних помилок / А.В. Кофанов // Криміналістичний вісник : наук.-практ. зб. – ДНДЕКЦ МВС України; НАВС – К., 2015. – №2.

11. Кофанов А.В. Деякі аспекти проблематики підготовки судових експертів та оцінки проведених ними досліджень. / А.В. Кофанов // Криміналістичний вісник : наук.-практ. зб. – ДНДЕКЦ МВС України; НАВС – К. : ТОВ «Брайт Вайт», 2013. – №2(20). – С.107-116.

12. Кофанов А.В. Особливості експертних помилок та деякі шляхи їх запобігання під час проведення судових експертиз / А.В. Кофанов // Криміналістика и судебная экспертиза : міжвідом. наук.-метод. зб. / Мінюст України, КНДІСЕ. – К., 2015. – Вип. 60. – С. 275-287.

Кочнева Аліса Олександрівна

*асистент кафедри кримінального права і процесу
Навчально-наукового юридичного інституту
Національного авіаційного університету*

КВАЛІФІКАЦІЯ ДІЙ СПІВУЧАСНИКІ В ПРИ ЕКСЦЕСІ ВИКОНАВЦЯ

Ексцес виконавця має місце там, де виконавцем вчинені такі злочинні дії, що не охоплювалися ні прямим, ні непрямым умислом інших співучасників. Ним вчинені дії, які виходять за межі угоди, що відбулася між ними. Таким чином, ексцес виконавця має місце там, де інші співучасники не передбачали, не бажали і не допускали вчинення тих злочинних дій, що вчинив виконавець.

Щоб співучасник був притягнутий до відповідальності за злочин, вчинений виконавцем, він має бути обізнаний про злочинні наміри виконавця. Між співучасниками повинна бути змова на вчинення конкретного злочину. Але на практиці трапляються випадки, коли хтось зі

Для виявлення сурми – продукту розкладання капсульного складу, яка є найхарактернішою ознакою близького пострілу, був застосований дифузно-контактний метод.

Як розчинник застосовувався 1N розчин соляної кислоти, проявником – 0,03-0,05% розчин фенілфлуорону в 96% етиловому спирті з додаванням 1мл розбавленої (1:1) сірчаної кислоти на 100 мл., закріплювачем – етиловий спирт (промивання водою не допускається).

Приклади. Дослідженню піддавалися ділянки матеріалу в місці досліджуваного пошкодження №..., №..., на яких найбільш вірогідне відкладення продуктів пострілу.

Зазначені ділянки досліджуваного пошкодження №... покривалися аркушем паперових підкладок (аркуші обробленого у фіксажі, промитого в дистильованій воді фотопаперу, попередньо витриманого у вказаному розчиннику протягом 2-3 хвилин) і приводилися з останніми в щільний контакт за допомогою гвинтового преса. Час контакту – 15 хвилин.

На відтисках з досліджуваних ділянок одягу спостерігалася (або не спостерігалася) поява малиново-рожевого забарвлення, характерного для комплексного поєднання сурми з фенілфлуороном (*див. відтиск №... з пошкодження №...*), що свідчить про наявність (або відсутність) останньої на досліджуваних ділянках.

Характерне забарвлення з'являється практично миттєво при відстані, близькій до упору, і після закінчення 10-15 хвилин – на відстані, граничній для виявлення сурми.

Результати зіставлення встановлених морфологічних ознак і слідів металу (площа, колір, інтенсивність) з досліджуваного пошкодження із такими самими ознаками та слідами з експериментальних пошкоджень дозволяють зробити висновок щодо поставлених питань.

Список використаних джерел

1. Біленчук П.Д., Кофанов А.В., Сулява О.Ф. Зброезнавство: Правові основи обігу вогнестрільної зброї. Монографія. – К.: BeeZone, 2004. – 464 с.
2. Кофанов А.В. Криміналістичне дослідження гладкоствольної вогнепальної зброї. Монографія. – К.: КИЙ, 2005.– 192 с.
3. Кофанов А.В. Криміналістична техніка. Навчальний посібник. – К.: КИЙ, 2006.– 456 с.
4. Кофанов А.В. Методи дослідження ушкоджень, завданих гладкоствольною вогнепальною зброєю на різних перешкодах // Вісник Луганського інституту внутрішніх справ МВС України, Луганськ: ЛІВС України, 1998. – № 3.– С. 152-162.
5. Кофанов А.В. Вплив перешкод на характер вогнепальних пошкоджень // Актуальні проблеми сучасної науки в дослідженнях молодих вчених. Збірник наукових праць. – Харків: УВС 1997. – № 3. – С. 71-76.

Кофанов Андрій Віталійович,
кандидат юридичних наук, доцент,
доктор філософії, професор кафедри
криміналістичних експертиз
Навчально-наукового інституту №2
Національної академії внутрішніх справ

ЩОДО МОЖЛИВОСТІ ДИФЕРЕНЦІАЦІЇ ВІДСТАНІ ПОСТРІЛУ ПРИ СТРІЛЬБІ З ГАЗОВИХ, «ШУМОВИХ» (ТИПУ ZORAKI) ПІСТОЛЕТІВ ТА РЕВОЛЬВЕРІВ НАБОЯМИ, СПОРЯДЖЕНИМИ ШРОТОМ

Оскільки газові пістолети, револьвери і набої до них тривалий час були заборонені для вільного продажу, вони залишалися недослідженими в судово-балістичній експертизі. Після масової появи цього виду зброї, набоїв до неї та дозволу на їх продаж і реєстрацією на території України, доволі часто (тільки у НДЕКЦ МВС України у м. Києві за 2015 календарний рік проведено 73 дослідження газово-дробової зброї) на експертизу почали надходити об'єкти дослідження по злочинах, у яких використовувалися газові пістолети, револьвери та набої до них. Разом з іншими дослідженнями експерти мали дати відповідь на питання про неможливість диференціації відстані пострілу при стрільбі з газового пістолета і револьвера набоями, спорядженими шротом. Останнім часом на судово-балістичну експертизу дедалі частіше надходять нові об'єкти дослідження, так звані, газові пістолети і револьвери, конструктивні особливості яких дозволяють вести стрільбу набоями, спорядженими шротовим снарядом. У стволах такої зброї наявні розсікачі (перегородки) різної конструкції, призначені, головним чином, для того, щоб перешкодити проведенню пострілів бойовими припасами, якщо їх бойові і технічні дані подібні за конструктивними особливостями до газових набоїв. Відповідно до Кримінального Кодексу, проектів Закону «Про зброю» та методик ДНДЕКЦ, МЮ України обіг набоїв (11, 43; 9; 8; 6 мм.), споряджених шротом, на території України заборонений.

Внутрішня і зовнішня балістика шротових снарядів, стріляних з газових пістолетів та револьверів, відрізняється від балістики шротових снарядів, стріляних з гладкоствольної мисливської, бойової та вогнепальної зброї спеціального призначення. Відмінності зумовлені багатьма чинниками: меншим калібром, довжиною ствола, наявністю у ньому розсікача (перегородки) тощо. Тому закономірності утворення пошкоджень та відкладення продуктів пострілу при стрільбі з гладкоствольної вогнепальної зброї (вони досліджені) практично не можливо використовувати для дослідження таких закономірностей при стрільбі з газових пістолетів та револьверів набоями, спорядженими шротом, які майже не досліджені.

Судово-балістична експертиза вимагає проведення значної кількості дорогих експериментів. Це, у повній мірі, відноситься і до визначення відстані пострілу, яке має характер окремого вирішення, вірного лише для конкретних умов кримінального провадження. Використання результатів такої експериментальної роботи дозволить істотно зменшити кількість необхідних експериментів під час проведення конкретних експертиз за рахунок звуження інтервалу значень відстані пострілу, а в деяких випадках з тим чи іншим ступенем точності – встановити і відстань пострілу.

У роботі використані результати експериментальної стрільби з 9-міліметрового газового пістолета «Rohm» 735 та з 9-міліметрового газового револьвера «ME 900 SAM», конструктивні особливості яких дозволяють вести стрільбу набоями, спорядженими шротом. На зовнішній поверхні деталей даного пістолета є маркувальні позначення: «Rohm Made in Germany. Mod.735» Super P 35 cal. 35 GR, а на поверхні деталей газового револьвера – «ME 900 SAM», Made in Germany. У стволах зброї нарізів немає (гладкоствольні), але є перегородка завтовшки 1,7-2 мм та висотою приблизно 2,5-3 мм у вигляді металевого приливу у верхній частині по центру ствола.

При проведенні експериментальної стрільби стволи пістолета і револьвера були направлені перпендикулярно площині перешкоди.

Дистанція стрільби – 0 (щільний і нещільний упор), 3, 5, 10, 15, 20, 30, 40, 50, 70, 90, 100, 110, 130, 150, 170, 190, 210 та 275 см.

На дистанціях до 70 см включно як мішень використовували ватну подушку, яку покривали серветкою з бавовняної тканини, а на решту – аркуш 4-шарової фанери розміром 75×75 см з прикріпленою до нього бавовняною серветкою.

Розмір серветок на дистанції до 70 см включно – 50×50 см, на інших – 75×75 см. По цих мішенях проводилося по три постріли на дистанції до 70 см і по одному пострілу – на послідуєчих дистанціях.

У всіх серіях пострілів застосовували набії з однаковими маркувальними позначеннями для газового пістолета (Cal 35 GR BX) і для револьвера (GFL 35 green), тільки з латунними гільзами, однаковим шротовим снарядом (вага – 2,17 г, діаметр шроту – 1,5 мм) і зарядом пороху (вага – 0,27 г, бездимний порох чорного кольору, максимальний розмір окремої порошинки – 0,07 мм).

На підставі проведених досліджень з метою встановлення відстані пострілу з вказаної зброї набоями зі шротовим снарядом, виділена низка ознак вогнепальних пошкоджень: розміри пошкодження, розриви, обпалення, кіптява пострілу, гомогенний метал та залишкові сліди металу (свинець і сурма), сукупність яких дозволяє з різним ступенем точності встановити відстань пострілу.

Для виявлення вказаних ознак експериментальні мішені досліджували

контактний метод. Дослідження спрямовувалося на виявлення слідів міді (матеріалу саморобного мідного шроту (кулі)).

Як розчинник при визначенні міді використовувався 12% розчин аміаку, як проявник – насичений спиртовий розчин рубіановодневої кислоти.

Як паперові підкладки використовувались аркуші, обробленого у фіксажі та промитого в дистильованій воді фотопаперу, попередньо витриманого у вищезгаданому розчиннику протягом трьох хвилин.

Ділянки матеріалу, суміжні з досліджуваними пошкодженнями, зволожувалися розчинником, покривалися аркушами паперових підкладок (емульсією до досліджуваної поверхні) і приводилися у цільний контакт за допомогою гвинтового пресу (сила тиску 0,5 кг/см²). Час контакту – 15 хв.

Після проявлення відтисків проявником спостерігалось темно-зелене забарвлення, характерне для слідів міді. Далі контактограму промивають водою протягом 20-30 хвилин і висушують.

Топографія відкладення слідів міді в місці досліджуваних пошкоджень (приклад):

– сліди залишкового металу на площі розміром 32×43 мм на ділянках матеріалу, прилеглих до пошкодження №..., і на площі розміром 24×15 мм на ділянках матеріалу, прилеглих до пошкодження №... (вказується локалізація пошкодження на перешкоді і дається посилання на фото у фототаблиці);

– відсутність слідів міді в решті пошкоджень.

Для визначення наявності можливих нашарувань на брюках, що дають забарвлення, аналогічне міді, з вказаного предмета були зроблені контрольні відтиски з ділянки, на якій виключається відкладення продуктів пострілу.

На контрольному відтиску наявні сліди міді у вигляді однієї слабо видимої точки (дається посилання на фото у фототаблиці).

При порівнянні інтенсивності слідів міді на відтисках з пошкоджень №... і №... із слідами міді на контрольному відтиску робиться висновок про те, що сліди міді на досліджуваних відтисках чіткі, у великій кількості та за інтенсивністю не співпадають з єдиним слідом на контрольному відтиску. Результати порівняння дозволяють зробити висновок про те, що слід міді на контрольному відтиску є результатом нашарувань у процесі експлуатації (мідь широко використовуваний та поширений метал) або мідь входить до складу фарбника брюк, а сліди міді на контактограмах з пошкоджень №... і №... утворені в результаті пострілу.

При надяганні досліджуваних брюк на манекен, відповідно до їх призначення, і візуванні пошкодження №... і №... з пошкодженнями ... (вказується локалізація пошкодження на тілі людини) встановлений збіг їх за локалізацією, що свідчить про їх одночасне утворення.

Виявлення слідів сурми

комплексу ознак для дистанції до 100 см та аналізу розмірів осипу шроту.

Послідовність проведення і опису ДКМ для виявлення металу в місці вхідного вогнепального пошкодження

Необхідні матеріали, устаткування і хімічні реактиви: фотопапір спеціально оброблений у фіксажі 18×24 см; скляні пробірки і палички, пластмасові пінцети, кювети; прес гвинтовий з пластинами 20×30 см і комплектом запасних прокладок (гумових, поліетиленових, з 4-8 – шарової фанери); хімічні реактиви – розчинники, проявники, закріплювач, при визначенні сурми – 96% етиловий спирт. Розчинник і проявник для кожного металу зазначений у тексті нижче.

Виявлення слідів свинцю

Мета подальшого дослідження – виявлення слідів металу снаряда в місці досліджуваних пошкоджень. Для цього було застосовано дифузно-контактний метод (метод ДКМ). Дослідження було спрямоване на виявлення слідів свинцю.

Як розчинник використовувався 25% розчин оцтової кислоти, як проявник – 25% розчин натрію сульфідру. За паперові підкладки брались аркуші, обробленого у фіксажі та промитого в дистильованій воді фотопаперу, попередньо витриманого у вищезгаданому розчиннику протягом трьох хвилин.

Ділянки матеріалу, прилеглі до досліджуваних пошкоджень, зволожувалися розчинником, покривалися аркушами паперових підкладок (емульсією до досліджуваної поверхні) і приводилися в щільний контакт за допомогою гвинтового преса (сила тиску 0,5 кг/см²). Час контакту – 10 хв.

При обробці відтисків проявником в місці, суміжному з пошкодженнями, з'являлося забарвлення коричневого кольору, характерне для слідів свинцю. Відтиски промивають водою протягом 20-30 хвилин і висушують.

Топографія відкладення слідів свинцю в місці досліджуваних пошкоджень:

– (приклад) гомогенний метал на площі 97×112 мм і крапкові відкладення металу на площі 210×215 мм в місці, суміжному до пошкодження на... (вказується локалізація пошкодження на перешкоді і дається посилання на фото у фототаблиці);

– оцінюють топографію на контактограмі з усіх пошкоджень за площею, кольором, інтенсивністю;

– порівнюють сліди свинцю на контактограмі з досліджуваного пошкодження зі слідами металу на контактограмах з експериментальних пошкоджень за тими самими параметрами;

– за результатами порівняння формулюють висновок.

Виявлення слідів міді

Мета подальшого дослідження – виявлення слідів металу снаряда в місці досліджуваних пошкоджень. Для цього було застосовано дифузно-

візуальним, мікроскопічним та дифузно-контактним методами, а вимірювання проводилися лінійкою з точністю до 1 мм.

Аналіз одержаних експериментальних даних дозволяє встановити деякі загальні закономірності у прояві слідів (продуктів) пострілу за більшістю ознак при стрільбі з газового пістолета і револьвера набоями, спорядженими шротом. Загальна ознака виявилася у механічній дії снаряда на мішень і наявності розривів.

Для газового пістолета. Механічна дія на мішень компактного снаряду шроту на близьких дистанціях «Упритул» – 5 см супроводжується утворенням пошкоджень з «мінусом» тканини і її розривами. Розміри розривів значно більші при стрільбі на відстані 3 см, ніж при стрільбі на дистанціях «упритул» і 5 см, причому розміри розриву плавно збільшуються до максимального і зменшуються до мінімального.

Для газового револьвера. Механічна дія на мішень компактного снаряду шроту на близьких дистанціях «Упритул» – 10 см., супроводжується утворенням пошкоджень з «мінусом» тканини і її розривами. Розміри розривів значно більші при стрільбі на відстані «упор нецільний» і 3 см, ніж при стрільбі на дистанціях «упритул щільний», 5 см і 10 см., причому розміри розривів збільшуються до максимального і зменшуються до мінімального стрибком мінімального (див. таблицю 1).

Таблиця 1

Максимальні розміри розривів у пошкодженнях

	Упор щільний	Упор нещільний	3 см	5 см	10 см
Газовий пістолет	9×9 мм	17×17 мм	35×17 мм	19×11 мм	–
Газовий револьвер	27×23 мм	52×27 мм	39×11 мм	19×23 мм	9×11 мм

Наступна загальна закономірність виявилася у розльоті шроту.

Для газового пістолета. Розліт шроту починається з відстані 10 см. Аналіз розсіювання шроту на експериментальних мішенях показує, що площа розсіювання постійно збільшується зі збільшенням дистанції пострілу, причому на дистанції від 10 до 70 см вона збільшується плавно, а з 90 см – стрибком зі збільшенням площі розсіювання у 2 рази (d= від 34 см до 68 см), і потім знову плавне збільшення до дистанції у 210 см. Площа розсіювання неоднакова і за формою: на дистанції від 10 до 90 см вона у вигляді кола, від 100 до 210 см – у вигляді еліпса та від 210 і 275 см – у вигляді квадрата.

Для газового револьвера. На відміну від пістолета, розліт шроту починається з відстані 15 см. Аналіз розсіювання шроту на експериментальних мішенях показує, що площа розсіювання постійно зростає зі збільшенням дистанції пострілу, причому на дистанції від 15 см до 30 см вона збільшується плавно, від 40 см – стрибком зі збільшенням

площі розсіювання у 2 рази (з 27×17 мм до 57×67 мм), потім знову плавне збільшення до дистанції у 170 см та ще стрибок у сторону збільшення на дистанції 190 і 275 см. Площа розсіювання неоднакова за формою: на дистанції від 15 до 50 см, від 80 до 180 см і 250 см вона у вигляді еліпса, від 70 см – у вигляді кола і від 190 і 210 см – у вигляді квадрата (див. таблицю 2).

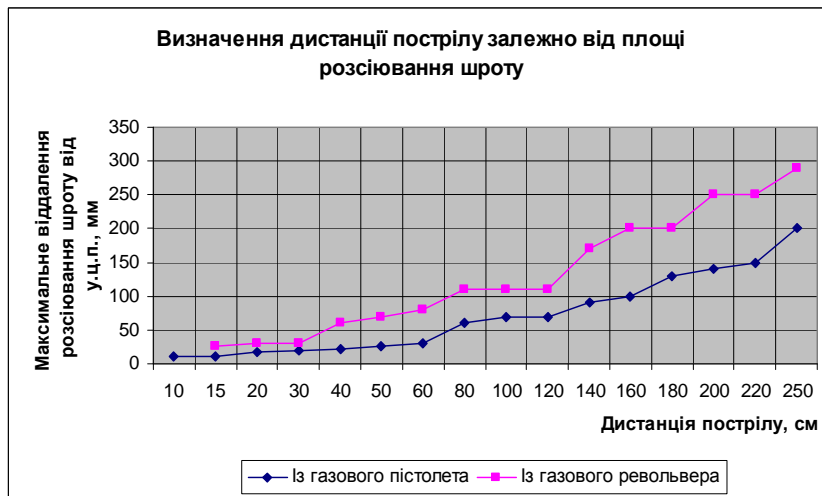
Таблиця 2

Максимальні розміри площі розсіювання шроту на різних дистанціях

Дистанція, см Розміри, у мм	10	15	20	30	40	50	60	80	100	120	140	160	180	200	220	250
Газовий пістолет	12	15	18-20	20	22	25	30	60	70-90	70-110	90-110	100-120	130-150	140-150	150-150	200-200
Газовий револьвер		30-15	30-25	30-25	60-70	70-80	80	110-120	110-120	110-120	170-200	200-220	200-220	250-250	250-250	290-300

При стрільбі з газового пістолета характерною є наявність великої кількості порошинок і, як наслідок цього, слідів термічної дії (обпалення ниток тканини) на дистанціях до 5 см включно, а для газового револьвера – до 10 см включно. Ці дистанції є граничними.

Порошинки стабільно виявляються при стрільбі з газового пістолета на дистанції від 3 до 140 см включно, зі зменшенням незгорілих порошинок — на відстані 160-180 см, а одиничні – до 220 см, до того ж, порох у великих кількостях ближче до умовного центру пошкодження виявляється на дистанціях 3-180 см.



120																	
140																	
160																	
180																	
200																	
220																	
250																	

Робота з діаграмою дуже проста. Наприклад, для газового пістолета під час дослідження вогнепальних пошкоджень на одязі, згідно обставин конкретної кримінальної справи, методами, способами і засобами, описаними в посібнику, встановлено наявність кіптяви і відсутність гомогенного металу.

Визначаємо за діаграмою 1 граничну дистанцію виявлення спочатку кіптяви (гранична дальність дорівнює 50 см), потім гомогенного металу (гранична дальність дорівнює 120 см), а це означає, що відстань, яку необхідно визначити, знаходиться в інтервалі 50-120 см, що, в свою чергу, виключає необхідність проведення дорогої експериментальної стрільби з дистанцій до 50 см і понад 120 см за умови трьох пострілів з кожної з дистанцій.

В результаті проведеного дослідження виявлений комплекс ознак, що характеризує вогнепальні пошкодження на бавовняній тканині, утворені в результаті пострілів з газового пістолета і револьвера набоями, спорядженими множинним снарядом (шротом) з дистанцій «упор» – 250 см.

Показано і встановлено можливість диференціації відстаней пострілу на основі використання різних ознак у межах усього дослідженого діапазону дистанцій. З метою зменшення помилки визначення рекомендується диференціювати:

- для дистанцій «упор» – 100 см – відстані пострілу на підставі аналізу такого комплексу ознак: наявність пошкодження, кіптяви, порошинок, топографія відкладення свинцю і сурми;

- для дистанцій 100-250 см – відстані пострілу шляхом аналізу

Діаграма 2

Граничні дистанції виявлення супутніх продуктів пострілу при стрільбі з газового револьвера «ME 900 SAM» набоями GFL 35 green

Дистанція, см	Розриви	Облачення	Кіптява	Порошинки	Гомогенний метал	Точечні сліди	Сурма
Упор щільний	■	■	■		■		■
Упор не щільний	■	■	■		■		■
3	■	■	■		■		■
5		■	■		■		■
10			■		■	■	■
15			■	■	■	■	■
20			■	■	■	■	
30			■	■	■	■	
40			■	■	■	■	
50			■	■	■	■	
60				■	■	■	Сліди сурми
80				■	■	■	Сліди сурми
100				■	■	■	

Примітка. Площа розсіювання: у вигляді кола – вказаний його діаметр, у вигляді еліпса – вказані розміри його осей та у вигляді квадрата – вказана його сторона.

Порошинки при стрільбі з газового револьвера стабільно виявляються на дистанції від 15 см до 180 см включно, зі зменшенням кількості незгорілих порошинок на дистанціях 100-160 см, а одиничні – до 220 см, причому порошинки у великих кількостях ближче до умовного центру пошкодження виявляються на дистанціях 15-180 см.

Кіптява при стрільбі з газового пістолета виявляється до дистанції 50 см; різко окреслена межа ділянки окопчення до 30 см, а з 40 см – зовнішня межа ділянки окопчення стає розмитотою і площа ділянки зменшується.

При стрільбі з газового револьвера кіптява виявляється до дистанції 60 см, а на всій решті дистанцій ознаки такі самі, як і для пістолета.

Наявність гомогенного металу (свинцю) і розміри його відкладення розцінюються, як найбільш інформативна ознака. Ця ознака, параметри якої змінюються, залежно від дистанції, виявляється при стрільбі з газового пістолета до 120 см. Межі дистанцій, на яких він проявляється суцільною ділянкою, визначені від «упору» до 60 см, а на решті дистанцій починається зменшення площі, інтенсивності відкладення гомогенного металу, і проявляється він ділянками, які зменшуються при збільшенні відстані пострілу, аж до максимальної (120 см).

Межі дистанцій, на яких виявляється суцільною ділянкою гомогенний метал при стрільбі з газових револьверів, визначені від «упору» до 80 см, а на решті дистанцій починається зменшення площі, інтенсивності відкладення, і виявляється він окремими ділянками, які зменшуються при збільшенні дистанції пострілу, аж до максимальної (120 см).

Залишкові включення металу (свинцю) навколо вогнепального пошкодження за наявності гомогенного металу і без нього, залежно від відстані, також є важливою інформативною ознакою. При стрільбі з газового пістолета межі відстаней, на яких надійно виявляються сліди металу у вигляді точок, визначені від 10 до 220 см і на дистанціях до 250 см включно спостерігаються одиничні точечні сліди.

Межі дистанцій, на яких надійно виявляються точечні сліди металу при стрільбі з газових револьверів, визначені від 10 см до 200 см і на дистанціях до 250 см включно спостерігаються одиничні сліди у вигляді точок.

Відкладення сурми при стрільбі з газового пістолета надійно визначаються на дистанціях від «упору» до 40 см, характеризуються збільшенням площі при майже однаковій інтенсивності відкладення від «упору» до 20 см і зменшенням інтенсивності при майже однаковій площі при подальшому збільшенні дистанції стрільби. Одиничні сліди відкладення сурми спостерігаються на дистанціях до 140 см включно.

При стрільбі з газового револьвера відкладення сурми виразно

визначаються на дистанціях від «упору» до 20 см, характеризуються збільшенням площі при майже однаковій інтенсивності відкладення від «упору» до 10 см включно і різким зменшенням площі та інтенсивності при подальшому збільшенні відстані. На дистанції 50 см відкладення сурми відсутні, а на 60 см і 100 см – незначні сліди.

Граничні дистанції стійкого прояву ознак близького пострілу без слідового відображення наведено в таблиці 3.

Для зручності користування за даними таблиці 5 створюємо діаграми граничних дистанцій (у сантиметрах) виявлення супутніх продуктів пострілу при стрільбі з газового пістолета «Rohm» 735 набоями Cal 35 GR BX і з газового револьвера «ME 900 SAM» набоями GFL.35 green

Таблиця 3

Граничні дистанції виявлення ознак пострілу з газового пістолета «Rohm» 735 набоями Cal 35 GR BX і з газового револьвера «ME 900 SAM» набоями GFL 35 green

№ з/п	Ознаки	Дистанція, см	
		Газовий пістолет	Газовий револьвер
1.	Розриви	Упор – 5	Упор – 5
2.	Обпалення	Упор – 5	Упор – 10
3.	Кіптява	Упор – 50	Упор – 70
4.	Порошинки	3-210	15-170
5.	Гомогенний метал (свинець)	Упор – 110	упор – 110
6.	Крапкові сліди	10-275	10-275
7.	Сурма (гомогенний метал)	Упор – 40	Упор – 20

Діаграма 1

Граничні дистанції виявлення супутніх продуктів пострілу при стрільбі з газового пістолета «Rohm735» набоями Cal 35 GR BX

Дистанція, см	Розриви	Обпалення	Кіптява	Порошинки	Гомогенний метал	Точечні сліди	Сурма
Упор щільний	■	▨	▨		▨		■
Упор не щільний	■	▨	▨		▨		■
3	■	▨	▨	■	▨		■

