

Стужук Аліна Олегівна,
здобувач ступеня вищої освіти бакалавра
Національної академії внутрішніх справ
Науковий керівник: Чуприна Олена
Віталіївна, професор кафедри
криміналістики та судової медицини
Національної академії внутрішніх справ,
кандидат медичних наук, доцент

СУДОВО-МЕДИЧНА ТА СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНА ОЦІНКА НАСЛІДКІВ ТРАВМАТИЧНИХ УШКОДЖЕНЬ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Термін «душевна травма» вживається як синонім травми психічної. Психічна травма або психотравма – нервові потрясіння; емоційна дія, яка викликала психічний розлад; шкода, нанесена психічному здоров'ю людини в результаті інтенсивного впливу несприятливих факторів середовища або гостро емоційних, стресових впливів інших людей на її психіку. Окрім цього терміна закон також оперує визначеннями «психічний розлад», «душевна хвороба» та «психічна хвороба», які він визнає тотожними терміну «душевна травма». Під психічним розладом розуміється медичний критерій неосудності, що охоплює всі форми психічної патології, які входять у класифікацію Міжнародної класифікації хвороб – 10 [2], що складається з десяти блоків, кожен з яких включає в себе окремі психічні захворювання, варіанти цих психічних захворювань та психопатологічні синдроми. Шкода, що наноситься психічному здоров'ю людини, полягає у спричиненні потерпілому душевної хвороби, яка визнається тяжким тілесним ушкодженням. Під душевною хворобою належить розуміти психічне захворювання (психічну хворобу) [1]. До психічних захворювань не можна відносити пов'язані з ушкодженням реактивні стани (психози, неврози). Ушкодження кваліфікується як тяжке тільки тоді, коли воно потягло за собою розвиток психічного захворювання, незалежно від його тривалості й ступеня виживності. Ступінь тяжкості ушкодження, що викликало реактивний стан нервової системи, визначається за ознакою тривалості розладу здоров'я [1]. Аналіз наведених визначень дає можливість стверджувати наступне: спільним для них є те, що усі вони описують хворобливий стан психіки потерпілого, який значно утруднює йому можливість оцінювати характер власних дій та керувати ними.

Про актуальність проблеми травматичного ураження може свідчити хоча б те, що за статистикою майже кожний третій випадок втрати працездатності - це травма головного мозку. Хворі після травми становлять значну частку осіб, котрі перебувають на психіатричному диспансерному обліку. Наслідки травм головного мозку проявляються переважно в різних інтелектуальних, емоційних (афективних) і вольових порушеннях. Типовими для травматичного захворювання потрібно вважати такі форми психічної патології, як епізоди

потьмареної свідомості, судомні випадки й інші пароксизми епілептичного кола, довготривалі чи періодичні психози галюцинаторно-маячного характеру, стійкі зміни особи з формуванням систематизованих маячних ідей переслідуванн.

Черепно-мозкові травми являють собою різні види і ступені механічного пошкодження кісток черепа, мозку, його оболонок і судин.

Традиційно розрізняють закриті (найчастіші) і відкриті варіанти черепно-мозкових травм. При закритих травмах зберігається замкненість внутрішньочерепної порожнини, при відкритих відбувається порушення цієї замкненості і внутрішньочерепна порожнина з'єднується з зовнішнім середовищем. В обох випадках ушкоджуюча дія на головний мозок визначається його струсом, забоем, пошкодженням мозкової тканини з розривом м'яких мозкових оболонок і давлнням (компресією) вилитою кров'ю. Нерідко всі патологічні явища розвиваються одночасно. Між закритими і відкритими (непроникаючими та проникаючими в речовину мозку) травмами існують перехідні форми.

Струс і забій головного мозку в поєднанні, разом з масивними внутрішньо-черепними крововиливами (гематомами), є патоморфологічним субстратом важкої (критичної) черепно-мозкової травми, для якої характерна довготривала втрата свідомості (кома) і масивні розлади життєво важливих функцій організму.

За критерієм перебігу клінічну картину черепно-мозкової травми виділяють 4 основних періоди:

– початковий – безпосередньо після одержання травми голови й характеризується вимиканням свідомості тривалістю від декількох секунд до декількох годин, днів і навіть тижнів залежно від ваги травми. Однак приблизно в 10% потерпілих, незважаючи на важкі ушкодження черепа, втрата свідомості не відзначається. Можуть бути випадання пам'яті на вузький період подій під час, до й після травми. Ретроградна амнезія згодом може піддатися зворотному розвитку, коли звужується період запам'ятання подій або з'являються фрагментарні спогади. Хворі виглядають мовчазними та бездіяльними, періодично впадають у дрімотний стан або постійно сонливі. У такому стані виключається можливість не тільки цілеспрямованої та планомірної діяльності, а й рухова діяльність взагалі [3, с. 435].

– гострий – свідомість відновлюється, зникають загальномозкові симптоми. При важких травмах голови після повернення свідомості відзначається період тривалої психічної адинамії (від 2–3 тижнів до декількох місяців). В осіб, які перенесли закриту легку або середньої ступені важкості травму голови, протягом 1–2 тижнів спостерігається «малий контузіонний синдром» у вигляді астенії, запаморочення, вегетативних розладів. Починається відновлення втрачених психічних функцій. У цьому періоді на фоні загальмованості психіки приблизно в третині випадків можуть спостерігатися одиничні або серійні судомні випадки. Вони бувають розгорнутими (великими) або абортивними.

За клінічними ознаками навіть на ранній стадії травматичної хвороби можна визначити переважну локалізацію вогнища ураження головного мозку. Астенія проявляється почуттям внутрішнього напруження, відчуттям млявості, розбитості, апатією. Ці розлади підсилюються звичайно у вечірній час. При зміні положення тіла, під час ходьби, при спуску й підйомі по сходах виникають запаморочення, потемніння в очах, нудота. Іноді розвиваються психосенсорні розлади, коли хворим здається, що на них падає стіна, скошується кут палати.. Відзначаються порушення запам'ятовування, погіршення репродукції, дратівлива слабкість, загальмовкові розлади (головні болі, запаморочення, вестибулярні порушення). Перебіг травматичної хвороби в гострому періоді хвилеподібне, періоди поліпшення переміняються погіршенням стану. Погіршення стану спостерігаються при психічній напрузі, під впливом психогенних факторів, при атмосферних коливаннях. Тривалість гострого періоду від 3 до 8 тижнів, залежно від тяжкості травми голови [3, с. 377].

– підгострий – характеризується або повним видужанням постраждалого, або частковим поліпшенням його стану Тривалість його до 6 місяців.

– віддалений – триває кілька років, а іноді все життя хворого. У першу чергу він характеризується церебралістичними порушеннями із дратівливістю, ранімістю, слізливістю, підвищеною виснаженістю при фізичній й особливо психічній напрузі, зниженням працездатності. Хворі скаржаться на порушення сну, нестерпність жари й духоти, відчуття нудоти при їзді в транспорті, незначне зниження пам'яті.

У багатьох хворих у віддаленому періоді травматичної хвороби розвиваються психопатоподібні порушення. Емоційно-вольові порушення в цих випадках не постійні, виникають під впливом додаткових екзогенних впливів. Психічна й фізична виснаженість, ослаблення здатності до концентрації уваги приводять до зниження працездатності, звуженню інтересів, зниженню успішності. Інтелектуальна слабкість супроводжується сповільненістю асоціативних процесів, труднощами запам'ятовування й репродукції [4, с. 193].

Судово-психіатрична експертиза потерпілих, що одержали травму голови внаслідок правопорушення, має свої особливості. При цьому вирішується комплекс питань, таких як можливість особи правильно сприймати обставини справи й давати про показання, можливість правильно розуміти характер вчинених у відношенні її протиправних діянь, а також можливість по психічному стану брати участь у судово-слідчих діях і здійснювати своє право на захист. Відносно таких осіб комплексною комісією із представником судово-медичної експертизи вирішується питання про тяжкість тілесних ушкоджень у результаті отриманої в кримінальній ситуації травми голови. Якщо особа в результаті протиправних дій отримала легку травму, воно може правильно сприймати обставини що трапились й

давати про їх показання, так само як і розуміти характер і значення що трапилось і здійснювати своє право на захист. При констатації в особи ознак ретро й антероградной амнезії вона не може правильно сприймати обставини справи й давати правильні показання. При цьому варто враховувати, що нерідко такі особи заміщають спогади вимислами й фантазіями. Це свідчить про неможливість потерпілого правильно сприймати обставини справи. Якщо посттравматичні порушення неважкі, то така особа надалі може самостійно здійснювати своє право на захист і брати участь у судовому засіданні. При важких травмах голови та грубих посттравматичних порушеннях особа не може сприймати обставини справи й давати правдиві показання.

Список використаних джерел

1. Правила судово-медичного визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень. Затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України від 17 січня 1995 р. №6.

2. Bessel A. van der Kolk; Alexander C. McFarlane; Lars Weisaeth Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society. New York: Guilford Press, 1996. 574 с. С. 124.

3. Судебная психиатрия: учеб. для вузов / Н. М. Жариков, Г. В. Морозов, Д. Ф. Христинин. – 4-е изд., перераб. и доп. М.: Норма, 2008. 560 с.

4. Судебная медицина и психиатрия : Учеб. пособие А.С. Звонко, Н.Ф. Недоступ, А.Л. Туревич. - Луганск: РИО ЛГУВД, 2007. 296 с.

Шахрай Дмитро Володимирович,
здобувач ступеня вищої освіти бакалавра
Національної академії внутрішніх справ
Науковий керівник: Моргун Надія Сергіївна,
професор кафедри економічної безпеки
та фінансових розслідувань Національної
академії внутрішніх справ, кандидат
юридичних наук

ОГЛЯД ДОКУМЕНТІВ ПІД ЧАС ОГЛЯДУ Й ОБШУКУ У ПРОЦЕСІ РОЗСЛІДУВАННЯ КРИМІНАЛЬНИХ ПРАВОПОРУШЕНЬ ЕКОНОМІЧНОЇ СПРЯМОВАНОСТІ

У всіх науках кримінально-правового циклу сформувалися свої власні підходи щодо організації роботи слідчого з розкриття та розслідування кримінальних правопорушень, але в своїй практичній діяльності слідчий не виділяє ці підходи, а реалізує їх в інтегрованому вигляді, розробляючи і здійснюючи відповідні організаційні заходи. Саме слідча практика показує необхідність застосування всього комплексу наук кримінально-правового циклу в їх інтегрованому