

## СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

**Игорь Владиславович Потапов**

кандидат медицинских наук,

Челябинский государственный университет, г. Челябинск, Российская Федерация

E-mail: Potapov.66@list.ru

Судебно-психиатрическая экспертиза – одна из самых часто назначаемых экспертиз в уголовном процессе, поскольку решает ключевой вопрос о вменяемости-невменяемости субъекта преступления и определения его виновности. Поводов для назначения этой экспертизы достаточно много, но один из них часто упускается из виду правоохранительными органами, а именно наличие интоксикации в результате активного туберкулезного процесса у подозреваемого (подсудимого) лица.

Ключевые слова: уголовный процесс, невменяемость, психические расстройства, судебно-психиатрическая экспертиза, туберкулезная интоксикация.

## FORENSIC PSYCHIATRIC ASPECTS OF MENTAL DISORDERS WITH TUBERCULOUS INTOXICATION

**Igor Potapov**

Candidate of Medical Sciences,

Chelyabinsk State University, Chelyabinsk, Russian Federation

E-mail: Potapov.66@list.ru

Forensic psychiatric examination is one of the most commonly prescribed examinations in criminal proceedings, as it solves a key question of sanity – insanity of the crime committer and determination of his/ her guilt. There are many reasons for appointment of this examination, but one of them is often overlooked by law enforcement agencies, namely the presence of intoxication as a result of active tuberculous process in the organism of the suspect (the accused) person.

Keywords: criminal process, insanity, mental disorders, forensic psychiatric examination, tuberculous intoxication.

При расследовании уголовно наказуемого деяния часто возникает необходимость удостовериться во вменяемости субъекта преступления в связи с возможным наличием у него психического расстройства. Частным поводом для сомнения во вменяемости является нахождение подозреваемого (обвиняемого) лица в момент совершения преступления в состоянии интоксикации, обусловленной острой или хронической инфекционной болезнью. Данная проблема недостаточно представлена в современной научной литературе. Хотя актуальность этой темы очевидна, поскольку среди лиц, совершивших преступления различной степени тяжести и отбывающих наказание в местах лишения свободы, по данным медицинской службы Федеральной службы исполнения наказания (ФСИН), около 20% лиц страдают тем или иным острым или хроническим инфекционным

заболеванием<sup>1</sup>. Всего в системе исполнения наказаний лечение от различных заболеваний в 2015 году получали 663 338 подсудимых, осужденных и иных лиц, из них 24 989 осужденных с активной формой туберкулеза и 61 125 человек с установленным диагнозом «ВИЧ-инфекция», что на 6% больше, чем в аналогичном периоде прошлого года (57 607 человек), а это каждый 11-й заключенный в СИЗО и колониях (9,2% от общего количества осужденных и содержащихся под стражей)<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Статистическая информация // Официальный сайт Федеральной службы исполнения наказаний. – <http://fsin.su/structure/inspector/iao/statistika> (дата обращения 5 сентября 2016 г.).

<sup>2</sup> ФСИН: на лечение заключенных в России в 2015 году выделяют 3,75 млрд рублей // Официальный сайт информационного агентства России ТАСС. – <http://tass.ru/obschestvo/2244429> (дата обращения 6 сентября 2016 г.).

Особое значение в формировании психозов инфекционного генеза имеет туберкулезная интоксикация, поскольку туберкулез одна из самых распространенных инфекций в мире. По данным Всемирной организации здравоохранения около трети населения планеты инфицированы микобактерией туберкулеза<sup>3</sup>.

Туберкулезная интоксикация может быть острым или хроническим характером и определяется особенностями клинического течения туберкулезного процесса. Наиболее выражена интоксикация при таких формах туберкулеза как казеозная пневмония, активная фаза фиброзно-кавернозного туберкулеза легких, острый диссеминированный (милиарный) туберкулез легких, сочетание активных форм легочного и внелегочного туберкулеза, туберкулезный менингит.

Наименьший показатель заболеваемости туберкулезом в Российской Федерации отмечался в 1991 году, в последующем отмечался рост, вплоть до 2000 года, затем наступила некоторая стабилизация. Минимальный показатель смертности от туберкулеза в РФ зафиксирован в 1989 году – 7,4 случая на 100 тыс. населения, при продолжающемся снижении заболеваемости туберкулезом показатель смертности начал расти и в 2005 году составил 22,6 случая на 100 тыс. населения. Начиная с 2010 года, в РФ отмечается тенденция к стабилизации эпидемической ситуации по туберкулезу, которая сохраняется и в последние годы. Если в 2008 году заболеваемость туберкулезом составляла 85,1 случая на 100 тыс. населения, то в 2009 году – 82,6 на 100 тыс. населения, а в 2010 году уже – 76,9 на 100 тыс. населения. В 2015 году этот показатель продолжил свое снижение и составил 57,7 на 100 тыс. населения, что по сравнению с 2014 годом (59,5 на 100 тыс. населения) меньше на 3,1%. Распространенность туберкулеза также уменьшается, в 2005 году показатель распространенности туберкулеза составлял 208,6 на 100 тыс. населения, в 2008 году – 190,6 на 100 тыс. населения, в 2009 году – 185,1 на 100 тыс. населения, в 2010 году – 177,4 на 100 тыс. населения. За два последних года (с 2014 по 2015) показатель уменьшился на 6,9%, с 147,5 до 137,3 на 100 тыс. населения. Показатель смертности от туберкулеза также значительно уменьшился, в 2005 году от туберкулеза умерло 32 292 человека (22,6 на 100 тыс. населения), в 2008 году – 17,9 на 100 тыс. населения, 2009 году – 16,8 на 100

<sup>3</sup> 10 фактов о туберкулезе // Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения. – [http://www.who.int/features/factfiles/tb\\_facts/ru/](http://www.who.int/features/factfiles/tb_facts/ru/) (дата обращения 7 сентября 2016 г.).

тыс. населения, 2010 году – 15,3 на 100 тыс. населения. Смертность от туберкулеза за 12 месяцев 2015 года по сравнению с аналогичным периодом 2014 года снизилась на 8,2% (с 9,8 до 9,0 на 100 тыс. населения). Главной проблемой терапии туберкулеза, исключая решение проблемы эпидемии туберкулеза в России и мире, является формирование и распространение лекарственно-резистентной формы микобактерии туберкулеза (LR-MBT), причем устойчивость может определяться как к отдельным противотуберкулезным препаратам, так и к многим или даже ко всем антибактериальным лекарственным средствам, что трактуется как множественная лекарственная устойчивость (MR-MBT). В 2005 году распространенность множественной лекарственной устойчивости (МЛУ) соответствовала 15,9 на 100 тыс. населения, в 2008 году – 18,6 на 100 тыс. населения, в 2009 году – 20,5 на 100 тыс. населения, в 2010 году – 21,9 на 100 тыс. населения, 2014 году рост продолжался с 24,2 на 100 тыс. населения в 2013 году до 24,8 на 100 тыс. населения, в 2015 году абсолютное количество больных с лекарственно-устойчивым туберкулезом и массивным бактериовыделением составило 1231 человек.

С 2005 года по 2010 год доля больных с МЛУ среди больных туберкулезом органов дыхания, выделяющих микобактерии туберкулеза (МБТ), выросла с 18,5% до 30,1%, за 2013-2015 годы доля увеличилась с 40,0% до 46,6%. Также отмечается рост доли МЛУ среди впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания с бактериовыделением – с 17,4% в 2013 году до 20,4% в 2014 году, и до 22,5% в 2015 году<sup>4</sup>.

В настоящее время серьезным образом ухудшает эпидемиологическую ситуацию в России по туберкулезу распространение ВИЧ-инфекции. Общее число постоянных жителей РФ, инфицированных ВИЧ, зарегистрированных на 31 декабря 2015 г., составило 1 006 388 человек (в 2014 году – 907 607), из них умерло по разным причинам 212 579 ВИЧ-инфицированных, в том числе 27 564 в 2015 году (на 12,9% больше, чем за аналогичный период 2014 года). В 2015 году территориальными центрами по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД было сообщено о 98 781 новых случаях ВИЧ-инфекции среди граждан РФ, что на 4,9% больше, чем в 2014 году. По данным статистического монито-

<sup>4</sup> Заместитель Министра Татьяна Яковлева выступила на пресс-конференции, приуроченной к Всемирному дню борьбы с туберкулезом // Официальный сайт министерства Здравоохранения. – [www.gosminzdrav.ru/search?utf8&q](http://www.gosminzdrav.ru/search?utf8&q) (дата обращения 8 сентября 2016 г.).

ринга Роспотребнадзора в 2015 году состояли на диспансерном наблюдении 620 119 инфицированных ВИЧ россиян, из них получали антиретровирусную терапию 230 022 пациентов<sup>5</sup>. По мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), туберкулез является причиной по меньшей мере одной из четырех смертей среди людей, живущих с ВИЧ. Сочетание ВИЧ-инфекции и туберкулеза, особенно при выявлении лекарственной устойчивости возбудителя туберкулеза, определяет тяжесть двойной, наслаивающейся друг на друга, инфекции и значительно усиливает туберкулезную интоксикацию, что существенно увеличивает риск развития психозов у данной категории больных. Рост инфицированности населения ВИЧ в России неуклонно продолжается во всех субъектах федерации, причем в основном за счет доли пациентов с поздними стадиями ВИЧ-инфекции (СПИД)<sup>6</sup>. Растет доля больных с сочетанной инфекцией (ВИЧ-туберкулез). Распространенность ВИЧ-инфекции в России уже с 2008 года стала превышать распространенность активных форм туберкулеза, а заболеваемость ВИЧ-инфекцией с 2014 года больше, чем туберкулезом. В 2015 году заболеваемость ВИЧ-инфекцией составила 63,6 на 100 тысяч населения, а туберкулезом 59,5 на 100 тысяч, распространенность 357,7 и 137,3 на 100 тысяч населения соответственно<sup>7</sup>.

В условиях тревожной эпидемиологической ситуации по туберкулезной инфекции имеется тенденция к увеличению случаев психотических состояний у людей, страдающих туберкулезом, особенно в сочетании с ВИЧ-инфекцией. Кроме того, есть определенные сложности по организации и производству судебно-психиатрической экспертизы лицам, страдающим туберкулезом. А также недостаточно проработаны методические рекомендации по экспертной оценке психического состояния больного туберкулезом, релевантного юридически значимому событию.

<sup>5</sup> Статистические материалы // Официальный сайт Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. – <http://rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/statistic> (дата обращения 9 сентября 2016 г.).

<sup>6</sup> Ведущие российские эксперты в области ВИЧ/СПИД обсудили актуальные вопросы профилактики, диагностики и терапии заболевания // Официальный сайт научно-практического медицинского журнала для врачей. – <http://www.rosmedportal.com/index.php> (дата обращения 9 сентября 2016 г.).

<sup>7</sup> В России необъективная статистика заболеваемости и смертности от туберкулеза // Официальный сайт Агентства социальной информации СПИД.ЦЕНТР. – <http://spid.center/posts/391> (дата обращения 9 сентября 2016 г.).

На сегодняшний день описаны различные психические расстройства, возникающие на фоне туберкулеза. Они формируются, прежде всего, вследствие асоциального образа жизни больного (бродяжничество, злоупотребление алкоголем, курение, употребление наркотиков), в некоторых случаях расстройства психики могут возникать как реакция на озвученный пациенту диагноз, а также необходимость длительного лечения в некомфортной обстановке противотуберкулезного диспансера и длительной изоляции от привычной обстановки (средние сроки лечения туберкулеза по стандартам обследования и лечения Минздрава РФ составляют 12 месяцев)<sup>8</sup>. Помимо этого, психотравмирующей ситуацией являются социальные последствия заболевания, больной, как правило, лишается работы (по существующему законодательству рабочее место сохраняется за больным туберкулезом только в течение 12 месяцев с момента постановки диагноза), кроме того, ухудшаются взаимоотношения больного с ближайшим окружением из-за снижения материального и социального статуса. Пациента также может беспокоить возможное появление физических или косметических дефектов в результате прогрессирования заболевания.

Принято считать, что туберкулез имеет отчетливые признаки социального заболевания, поскольку большой процент пациентов имеют низкий образовательный и социальный статус, недостаточный материальный уровень жизни [1, с. 116]. Из этой категории больных особенно выделяются лица, имеющие различные варианты пограничной психической патологии в виде психопатии, акцентуации характера по типу шизоидной, эпиплептоидной и др. При прогрессирующем туберкулезном процессе и усилении туберкулезной интоксикации наличие подобных изменений в психике определяет степень вероятности развития полноценного психоза.

Частым вариантом невроза у туберкулезных больных являются навязчивые идеи о том, что их присутствие неприятно для окружающих людей, и что они испытывают чувство брезгливости и оскорбительной снисходительности по отношению к ним. Человек, которому установили диагноз, узнает о необходимости длительного стационарного лечения, его может испугать возможность инвалидности (около 70% больных туберкулезом в процессе лечения имеют ту

<sup>8</sup> Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом в Российской Федерации : приказ Минздравсоцразвития РФ от 29 декабря 2010 г. № 1224н // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения 9 сентября 2016 г.).



или иную группу инвалидности), утрата работы, отсутствие возможности заниматься тем, что ему нравится, некорректное поведение со стороны родственников и пр. Психотравмирующей ситуацией является неправильное отношение медперсонала противотуберкулезного диспансера (прежде всего младшего и среднего) к проблемам пациента, связанным с нарушением социальной адаптации и снижением волевого контроля своего поведения. Психогенные реакции чаще всего проявляются депрессивным состоянием, сопровождающимся чувством тревоги, беспокойства, связанным с заболеванием; мыслями о безнадежности, обреченности; страхом и беспокойством не только за свое здоровье, но и за здоровье близких людей, особенно детей, поскольку туберкулез передается от больного человека к здоровому воздушно-капельным (воздушно-пылевым) и контактными способами, а это самые демократические способы передачи инфекции. Психические нарушения также часто обнаруживаются в виде астенического синдрома с различными вариантами исхода. Наряду с астенией у больных туберкулезом наблюдаются аффективные расстройства, преимущественно в виде эйфории, переходящей в дисфорию. Больные становятся благодушными, чрезвычайно общительными, многоречивыми, подвижными, строят нереальные планы. Им свойственна переоценка своей личности, своих способностей и возможностей, отсутствие критического отношения к собственному болезненному состоянию. Довольно типично, что такие состояния могут сменяться раздражительностью вплоть до злобно-агрессивных вспышек или же безразличием, так же, как и двигательное беспокойство, – быстрой утомляемостью и истощаемостью. При многолетнем хроническом течении туберкулеза больные становятся несдержанными, склонными к конфликтам, либо заторможенными, чрезвычайно ранимыми, робкими и застенчивыми<sup>9</sup>.

Психические расстройства, вызванные самим туберкулезным процессом, в основном связаны с общей интоксикацией и особенно отчетливо выступают на первый план при казеозной пневмонии, милиарном туберкулезе, туберкулезном менингите, подостром диссеминированном и далеко зашедшем фиброзно-кавернозном туберкулезе.

При выраженной туберкулезной интоксикации, наблюдаемой в терминальных ста-

диях туберкулеза, например, при прогрессирующей казеозной пневмонии, чаще всего развиваются апатические состояния. Больные почти все время лежат, не проявляют никаких желаний и стремлений, ни к кому не обращаются, односложно отвечают на вопросы, производят впечатление людей, глубоко равнодушных как к своему состоянию, так и к окружающим.

Психические нарушения, связанные с туберкулезом, обычно соответствуют тяжести и длительности течения болезни (степень интоксикации, распространенность и характер локальных поражений). Обычно эти нарушения ограничиваются различными органическими психическими расстройствами, астеническими, психоорганическими, психопатоподобными, аффективными. Присоединение эпилептиформных припадков дает повод заподозрить поражение туберкулезом головного мозга. В некоторых случаях психотические состояния при туберкулезе связаны не с самим заболеванием, а с применением противотуберкулезных средств. Различают психические расстройства, вызванные туберкулезной интоксикацией и связанные с приемом некоторых специфических противотуберкулезных препаратов (производные ГИНК, этамбутол, этионамид, протионамид), а также сочетание их с алкоголем и наркотическими средствами.

Истинные, клинически развернутые психозы при туберкулезе встречаются не так часто и возникают в связи с большой тяжестью туберкулезного процесса и выраженной туберкулезной интоксикацией, и (или) если пациент ведет антисоциальный образ жизни (алкоголизируется, бродяжничает, употребляет токсические и психоактивные вещества, практикует беспорядочную половую жизнь). В таких случаях наблюдаются синдромы помрачения сознания, амнезии различного генеза и степени выраженности, зрительные и слуховые галлюцинации, различного содержания бредовые расстройства, последние могут носить характер ипохондрии, реформаторства, сутяжничества, изобретения, отношения, любовного и паранойяльного содержания. Иногда формируются шизофреноподобные состояния с импульсивными действиями. Появление шизофреноподобной симптоматики необходимо дифференцировать с собственно шизофреническим процессом и органическим бредовым расстройством на фоне активных форм туберкулеза<sup>10</sup>.

<sup>9</sup> Особенности проведения судебно-психиатрических экспертиз больным туберкулезом и ВИЧ-инфицированным // Официальный сайт Министерства здравоохранения Республики Северная Осетия-Алания. – <http://www.minzdrav-rso.ru/files/MethodRecSudMED> (дата обращения 10 сентября 2016 г.).

<sup>10</sup> Психические расстройства при различных заболеваниях // Официальный сайт Российской медицинской он-лайн библиотеки. – [http://www.medic-lit.ru/sudebnaya\\_psihiatriya\\_lek.php?id=19](http://www.medic-lit.ru/sudebnaya_psihiatriya_lek.php?id=19) (дата обращения 11 сентября 2016 г.).

При туберкулезном менингите на разных стадиях заболевания могут наблюдаться разнообразные психические нарушения. Продромальный период туберкулезного менингита определяется снижением энергетического потенциала, лабильностью психики в виде повышенной раздражительности на фоне общей дезориентации. В фазе разгара болезни сознание меняется по типу оглушения с той или иной степенью выраженности этого расстройства. Возможны эпилептиформные малые и развернутые припадки, а также помрачение сознания в виде делирия, аменции или онейроида. Подобные состояния сопровождаются выраженными аффективными расстройствами и двигательным возбуждением. Признаки туберкулезной интоксикации могут быть ликвидированы в результате эффективного противотуберкулезного лечения, включающего в себя этиологические, патогенетические и симптоматические методы воздействия на туберкулезный процесс. При длительной интенсивной химиотерапии туберкулезного менингита иногда возникают побочные эффекты в виде разнообразных, часто тяжелых и необратимых нарушений психики. После клинического выздоровления от туберкулезного менингита длительное время сохраняется астеновегетативный синдром с тенденцией к депрессивным расстройствам личности. Если болезнь развивается в детском или подростковом возрасте, то частым последствием является задержка психического развития или формирование развернутого психического расстройства.

Психическая патология, вызванная применением противотуберкулезных препаратов, проявляется в виде раздражительности, вспыльчивости, плаксивости, повышенной утомляемости, плохого сна. В других случаях наблюдаются выраженные психотические нарушения: синдромы помрачения сознания, тяжелые аффективные расстройства, а также слуховые и зрительные обманы восприятия. Побочные действия от противотуберкулезных препаратов возникают, как правило, при лечении препаратами гидрохлорида изониазида (ГИНК), в основном тубазидом, изониазидом, фтивазидом, а также протионамидом, этионамидом и циклосерином. Своевременная отмена химиопрепарата, применение дезинтоксикационной и симптоматической терапии, как правило, приводит к быстрой нормализации психического статуса.

По результатам медицинской статистики, заболеваемость туберкулезом среди больных, состоящих на учете в психоневрологических учреждениях выше, чем среди

психически здорового населения. При выявлении больного туберкулезом в психиатрическом стационаре, он переводится для лечения в специализированное туберкулезное отделение. Лечение больного туберкулезом с сопутствующей психиатрической патологией затруднено в связи с невозможностью проведения адекватной химиотерапии из-за наличия противопоказаний к ряду противотуберкулезных препаратов. Тяжесть течения туберкулеза у этой категории больных связана не только с медицинскими аспектами, но и социальными. Такие больные, утрачивая интерес к окружающему, находятся в состоянии апатии, адинамии. В основном это лица, страдающие шизофренией и различными видами слабоумия. Несмотря на целый ряд трудностей, в большинстве случаев удается справиться с туберкулезной инфекцией у психически нездоровых пациентов благодаря комплексному подходу к лечению<sup>11</sup>.

Патогенез и доминирующие клинические формы туберкулеза у психически больных и у психически здоровых людей могут отличаться, поскольку у людей, страдающих психическими расстройствами, часто нарушаются поведенческие реакции, что является основной причиной несоблюдения ими элементарных норм гигиенического характера и нарушения принципов здорового образа жизни. В связи с чем у них чаще фиксируются нетрадиционные для туберкулеза пути передачи инфекции, а именно алиментарный и контактно-бытовой, а у психически здоровых лиц преобладают воздушно-капельный и воздушно-пылевой способы. Диагностика туберкулезного процесса у лиц с психическими расстройствами имеет существенные трудности, заключающиеся в том, что у данной категории пациентов снижена критика в отношении собственного здоровья и самочувствия, они не предъявляют жалоб, характерных для туберкулеза, общение фтизиатра с ними затруднительно, поэтому собрать полноценный *anamnesis vitae* и *anamnesis morbi* нет возможности. Само по себе психическое расстройство может камуфлировать некоторые проявления туберкулезного процесса. Все перечисленное является основной причиной поздней диагностики туберкулеза у лиц, страдающих серьезными психическими расстройствами и, как следствие, формирование у них распространенных, склонных к хронизации клинических форм туберкулеза (инфильтративный туберкулез с распадом,

<sup>11</sup> Особенности проведения судебно-психиатрических экспертиз больным туберкулезом и ВИЧ-инфицированным ...

казеозная пневмония, фиброзно-кавернозный туберкулез), как правило с массивным бактериовыделением и неблагоприятным прогнозом. В подобных случаях психическая патология имеет тенденцию к прогрессированию вплоть до клинически развернутых психозов. Данная категория лиц наиболее неблагоприятна в том числе и в криминологическом смысле.

В случаях, когда пациенту с сочетанной патологией (туберкулез и психическое расстройство) вовремя назначают адекватную терапию по обоим заболеваниям и при этом сам больной социально ориентирован и заинтересован в выздоровлении, выполняя все врачебные назначения, вероятность развития психозов будет минимальна. Медицинский прогноз в таком случае, как по туберкулезу, так и по психическому заболеванию, будет благоприятным.

Больные активным туберкулезом не могут проходить обследование в стационаре или амбулаторно на общих основаниях. Выбор организационной формы СПЭ для больных туберкулезом определяется заключением врачебной комиссии медицинской противотуберкулезной организации (врачебной комиссии учреждения) в зависимости от тяжести состояния больного, формы туберкулеза, бактериовыделения, активности процесса и эпидемической опасности. Больным активным туберкулезом СПЭ может быть проведена в инфекционном боксе в учреждении, проводящем СПЭ или в противотуберкулезном учреждении. Больные туберкулезом без бактериовыделения и больные туберкулезом с внелегочной локализацией процесса могут быть обследованы с целью СПЭ амбулаторно, при этом необходимо разделить потоки больных туберкулезом и прочих пациентов, сократить по возможности круг контактных лиц. Для проведения амбулаторной СПЭ определяется один согласованный день, когда проходят экспертизу только больные туберкулезом соответствующих групп<sup>12</sup>.

Одновременное проведение больных и не болеющих туберкулезом не допускается. По окончании проведения амбулаторного судебно-психиатрического исследования после последнего пациента проводится заключительная дезинфекция в соответствии с СП 1.3.2232-08 и СанПиН 2.1.3.2630-10<sup>13</sup>. При проведении амбулаторных СПЭ лиц, содержащихся под стражей, часть экспертной работы

<sup>12</sup> Особенности проведения судебно-психиатрических экспертиз больным туберкулезом и ВИЧ-инфицированным ...

<sup>13</sup> [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_104071/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_104071/)

может проводиться на территории следственного изолятора (СИЗО). В этом случае администрация СИЗО предоставляет экспертам необходимые помещения и принимает иные меры, которые требуются для соблюдения надлежащих условий производства экспертизы (абз. 3 ст. 28 Федерального закона от 15 июля 1995 г. № 103-ФЗ «О содержании под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений»)<sup>14</sup>.

В экспертном стационаре больные туберкулезом содержатся отдельно от других подэкспертных лиц, в течение всего их пребывания проводится текущая, а после выписки данных пациентов, заключительная дезинфекция в соответствии с СП 1.3.2232-08 и СанПиН 2.1.3.2630-10.

Организация проведения СПЭ у больных сочетанной ВИЧ/туберкулез инфекцией проводится исходя из большей эпидемической опасности туберкулеза. При правильной организации СПЭ риск распространения туберкулеза среди окружающих является минимальным.

Судебно-психиатрическая экспертиза при туберкулезной инфекции имеет свои особенности. В частности, важным моментом является соблюдение условий безопасности в отношении судебно-психиатрического эксперта. В связи с этим необходимо знать особенности течения туберкулеза у подэкспертного лица. Если имеется массивное бактериовыделение, то судебно-психиатрическую экспертизу можно осуществить только в условиях специализированного противотуберкулезного учреждения или психиатрической больницы, где имеются боксированные палаты инфекционного профиля. В отношении подстражных подэкспертных лиц возможен только лишь вариант осуществления экспертизы в соответствующих медицинских подразделениях ФСИН. Это могут быть специализированные больницы для осужденных лиц или медицинские блоки следственных изоляторов. В таких случаях, при производстве судебно-психиатрической экспертизы, непосредственно контактируя с бактериовыделителем, эксперт должен соблюдать требования и рекомендации, разработанные для врачей-фтизиатров. Кроме того, в зависимости от интенсивности и длительности туберкулезного контакта, необходимо осуществлять ряд специальных профилактических мероприятий, в соответствии с группой диспансерного учета. Если подэкспертный не является бактериовыделителем, то специаль-

<sup>14</sup> <http://base.garant.ru/1305540/>



ных условий и мероприятий не требуется, и судебно-психиатрическая экспертиза проводится по общим правилам.

Определенная категория больных туберкулезом в значительной степени подвержены хронической алкоголизации, что накладывает отпечаток на их поведенческие реакции и повышает вероятность психозов, и как следствие, совершения ими противоправных поступков. Количество таких пациентов, по данным фтизиатров, может достигать 60,8% от общего количества мужчин (в возрасте от 18 до 60 лет), болеющих активной формой туберкулеза [2]. В подобных ситуациях серьезной проблемой является возможность провести дифференциацию между туберкулезной и алкогольной интоксикацией, что имеет значение при оценке психического статуса подэкспертного в момент совершения преступления и может привести к неправильной оценке вменяемости-невменяемости (в соответствии со ст. 21 УК РФ) подозреваемого (обвиняемого) лица.

Наибольшие сложности представляют случаи, связанные с оценкой делинквентного поведения больных туберкулезом, относящихся к социальной категории деклассированных лиц. Степень деформации личности у них может достигать значительных пределов, что и будет определять особенности их поведения. При этом подобное состояние может предшествовать развитию активного туберкулезного процесса с соответствующим уровнем интоксикации. Данное обстоятельство также необходимо учитывать при экспертной оценке вменяемости-невменяемости. Разъяснить специфику подобных ситуаций поможет консультант-психолог.

Таким образом, можно констатировать что:

1) туберкулезная интоксикация может быть причиной расстройства психики, в особенности в сочетании с ВИЧ-инфекцией, алкогольной болезнью и асоциальным типом поведения;

2) туберкулез как инфекционная болезнь имеет широкое распространение как среди гражданского населения, так и среди лиц, совершивших преступление и находящихся в местах лишения свободы;

3) судебно-психиатрическая экспертиза больного с туберкулезной интоксикацией имеет организационно-методические особенности, определяемые, прежде всего, клинико-бактериологической спецификой каждого конкретного экспертного случая;

4) экспертное заключение о вменяемости-невменяемости лица должно учитывать особенности формирования и течения туберкулеза и сопутствующей туберкулезной интоксикации на момент совершения противоправного деяния, что определяет необходимость привлечения к производству судебно-психиатрической экспертизы в качестве консультанта врача-фтизиатра;

5) криминальное отклонение в поведении лиц, страдающих туберкулезом, может быть обусловлено не только наличием выраженной туберкулезной интоксикации, но и предшествующей заболеванию деформации личности в виде различных видов психопатий и патологической акцентуации характера. Данные обстоятельства можно уточнить в ходе производства комплексной психолого-психиатрической судебной экспертизы, где совместно с судебными психиатрами будут работать эксперты-психологи.

### Примечания

1. Потапов И. В. Нитроксидагергические нарушения при туберкулезе легких // Медицина высоких технологий в XXI веке : сборник докладов Международного медицинского конгресса. – Челябинск, 1999. – С. 116-118.

2. Хоменко А. Г. Алкоголизм, туберкулез и другие заболевания легких // Официальный медицинский сайт для фтизиатров, врачей других специальностей и всех интересующихся проблемами туберкулеза. – <http://ftiza.su/alkogolizm-tuberkulez-i-drugie-zabolevaniya-legkih/> (дата обращения 12 сентября 2016 г.).