МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ
БИШКЕКСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ТРАВМОТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ
ГОРОДСКАЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА Г. БИШКЕК
ГОРОДСКАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Г. БИШКЕК

ЭФФЕКТИВНОЕ ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ НАСИЛИЯ, ПЫТОК И ДРУГИХ ЖЕСТОКИХ, БЕСЧЕЛОВЕЧНЫХ ИЛИ УНИЖАЮЩИХ ДОСТОИНСТВО ВИДОВ ОБРАЩЕНИЯ И НАКАЗАНИЯ

ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ ВСЕХ УРОВНЕЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ДРУГИХ ВЕДОМСТВ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

(ВТОРОЕ ИЗДАНИЕ)

БИШКЕК 2015

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ
БИШКЕКСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ
ГОРОДСКАЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА г. Бишкек
ГОРОДСКАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА
СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ г. Бишкек

ЭФФЕКТИВНОЕ ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ НАСИЛИЯ, ПЫТОК И ДРУГИХ ЖЕСТОКИХ, БЕСЧЕЛОВЕЧНЫХ ИЛИ УНИЖАЮЩИХ ДОСТОИНСТВО ВИДОВ ОБРАЩЕНИЯ И НАКАЗАНИЯ

Практическое руководство
для медицинских специалистов
всех уровней здравоохранения и других ведомств
Кыргызской Республики

(Второе издание)

Бишкек 2015

Практическое руководство по эффективному документированию насилия, пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания в Кыргызской Республике принято Экспертным советом по оценке качества клинических руководств/протоколов и утверждено Приказом Министерства здравоохранения Кыргызской Республики № 680 от 07.12.2015 года.

Цель создания: предоставить медицинским специалистам всех уровней здравоохранения и других ведомств Кыргызской Республики, а также всем заинтересованным лицам международные стандарты и рекомендации по эффективному расследованию и документированию насилия, пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания.

В настоящее руководство включены принципы эффективного расследования и документирования насилия, пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания. Эти принципы содержат краткую характеристику минимальных стандартов, которыми государство должно руководствоваться для обеспечения эффективного документирования насилия, пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания.

Целевые группы пользователей руководства

Настоящее руководство предназначено для медицинских работников всех уровней здравоохранения, участвующих в оказании качественной медицинской помощи детям и взрослым, подвергшимся насилию, пыткам и другим жестоким, бесчеловечным или унижающим достоинство видам обращения и наказания, включая медицинских работников правоохранительных органов, мест лишения и ограничения свободы.

Дата создания: 1-ое издание – декабрь, 2014 г.; 2-ое издание – декабрь, 2015 г.

Планируемая дата обновления

Обновление второго издания руководства планируется каждые 5 лет, либо при появлении принципиально новых данных. Все поправки к руководству будут публиковаться в периодической печати.

Любые комментарии и пожелания по содержанию руководства приветствуются.

Адрес для переписки с рабочей группой:
Кыргызстан, Бишкек, ул. Тоголок – Молдо,1
Министерство здравоохранения Кыргызской Республики
Тел:+996 (312) 62-18-30; 66-05-46
E-mail: g_ibraeva@mz.med.kg; n_umetalieva@mz.med.kg

Руководство создано в рамках реализации Национального плана мероприятий по противодействию пыткам и другим жестоким бесчеловечным или унижающим достоинство видам обращения и наказания в Кыргызской Республике, утвержденного Правительством Кыргызской Республики и Плана совместной деятельности Министерства здравоохранения по внедрению Стандартов Стамбульского протокола в практику системы здравоохранения на 2014 год при содействии Правовой Программы Фонда «Сорос-Кыргызстан» и Общественного Фонда «Голос Свободы».

Мнения, выраженные в публикации, не обязательно отражают точку зрения Фонда «Сорос-Кыргызстан».

Список изменений и дополнений, включенных во второе издание Практического Руководства:

1. Доработаны Формы для судебных и несудебных врачей с учетом комментариев и дополнений после апробации утвержденного Практического Руководства (1-го издания) и обучения целевых пользователей на семинарах по заполнению формы;
2. Практическое Руководство и Формы переведены на кыргызский язык;
3. Доработаны Журнал и Форма статистической отчетности по регистрации случаев насилия;
4. Доработаны Инструкции по заполнению Форм и Журнала;
5. Разработан Бланк письменного извещения о предполагаемом насилии, пытках и жестоком обращении уполномоченных органов;
6. Разработана Справка о прохождении медицинского осмотра при водворении в ИВС/СИЗО;
7. Разработаны Инструкции по фотографированию для судебных и несудебных врачей;
8. Добавлен список и контактные данные органов прокуратуры КР;
9. Добавлен список и контактные данные кризисных центров и организаций, работающих в сфере предотвращения насилия в КР
10. Разработаны индикаторы по эффективности внедрения Практического Руководства

Оглавление

Основные понятия и термины, используемые в настоящем руководстве **10**

Введение **14**

Глава 1. Определение и классификация видов насилия **20**

1.1 Определение насилия 20

1.2. Классификация видов насилия 20

Глава 2. Пытки и жестокие, бесчеловечные или унижающие достоинство виды обращения и наказания **21**

2.1. Определение и признаки пытки 21

2.2. Отличие пыток от других видов насилия 24

2.3. Принципы Стамбульского протокола по эффективному расследованию и документированию пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания 28

2.4. Клинико-диагностические признаки наиболее распространенных форм пыток 31

Глава 3. Минимальные требования к проведению медицинского обследования в случаях насилия, пыток и жестокого обращения **45**

Глава 4. Этические и юридические вопросы при правильном медицинском документировании и обследовании **51**

4.1. Этические вопросы, касающиеся медицинских работников в сфере реализации принципов стамбульского протокола 51

4.2. Юридические вопросы, касающиеся медицинских работников в сфере реализации принципов стамбульского протокола (права, обязанности, ответственность медицинских работников) 56

4.2.1. Права и обязанности медицинских работников 65

4.2.2. Ответственность медицинских работников 68

Глава 5. Правильное документирование и регистрация доказательств насилия, пыток и жестокого обращения **81**

Глава 6. Судебно-медицинская экспертиза (медицинские доказательства при пытках и жестоком обращении) **84**

6.1. Общая часть 84

6.2. Принципы и методика проведения судебно-медицинской экспертизы (освидетельствования) 86

6.3. Особенности и условия проведения экспертизы 87

6.4. Методика проведения экспертизы (освидетельствования) 87

6.5. Проведение судебно-медицинской экспертизы при сексуальном насилии и развратных действиях 93

6.6. Оформление «заключения судебно-медицинского эксперта»....94
6.7. Интерпретация результатов опроса и обследования, формулировка выводов:....95

Глава 7. Психические доказательства насилия, пыток и жестокого обращения....96
7.1. Общая часть....96
7.2. Распространенные психические реакции....97
7.3. Диагностическая классификация психических расстройств....100
7.4. Проведение психиатрической, психолого-психиатрической экспертизы....107

Глава 8. Особенности проведения медицинского и психологического обследования несовершеннолетних в случаях насилия, пыток и жестокого обращения....114

Глава 9. Статистические формы учета, отчета и мониторинга....124
9.1. Сбор данных об обращениях по случаям насилия....124
9.2. Работа с документами первичного учета случаев насилия....127

Приложение 1. Бланк Информированного согласия на проведение экспертизы....128

Приложение 2. Форма медицинского осмотра при обращении (поступлении) по поводу насилия, пыток и жестокого обращения....129

Приложение 3. Инструкция о порядке заполнения Формы медицинского осмотра при обращении (поступлении) по поводу насилия, пыток и жестокого обращения....147

Приложение 4. Инструкция по опознавательной фотосъемке и фотографированию телесных повреждений при проведении медицинского осмотра для фиксации и документирования следов насилия, пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания....153

Приложение 5. Форма заключения судебно-медицинской экспертизы при документировании случаев пыток и жестокого обращения....157

Приложение 6. Инструкция по заполнению «Формы заключения судебно-медицинской экспертизы при документировании случаев пыток и жестокого обращения»....168

Приложение 7. Форма заключения судебной психиатрической и комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы жертв предполагаемого насилия, пыток и жестокого обращения....169

Приложение 8. Инструкция по заполнению формы заключения судебной психиатрической и комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы....176

Приложение 9. Форма отчетности о лицах, обратившихся к врачу в организации/учреждения здравоохранения, отчитывающихся в РМИЦ по поводу насилия (Форма №19)....179

Приложение 10. Журнал регистрации лиц, обратившихся по поводу насилия, пыток и жестокого обращения в организации здравоохранения 182

Приложение 11. Инструкция по заполнению журнала регистрации лиц, обратившихся по поводу насилия в организации здравоохранения 185

Приложение 12. Обзор методов пыток, жестокого обращения и других форм насилия 187

Приложение 13. Морфологические особенности и принципы описания телесных повреждений 189

Приложение 14. Правила работы с медицинскими документами при проведении судебно-медицинских экспертиз 204

Приложение 15. Инструкция по фотографированию телесных повреждений при проведении судебно-медицинской экспертизы живых лиц и трупов 206

Приложение 16. Инструкция о порядке взаимодействия организаций здравоохранения с органами прокуратуры и органами внутренних дел Кыргызской Республики при обращении (поступлении) в организации здравоохранения лиц по поводу насилия, пыток и жестокого обращения 214

Приложение 17. Бланк письменного извещения о предполагаемом насилии, пытках и жестоком обращении 219

Приложение 18. Справка о прохождении медицинского осмотра 221

Приложение 19. Схема «Путь пациента» 223

Приложение 20. Адреса и телефоны органов прокуратуры Кыргызской Республики 224

Приложение 21. Перечень учреждений интернатного типа систем здравоохранения, образования, социального развития, обороны и режимных учреждений МВД КР и ГСИН КР 227

Приложение 22. Список и контактные данные кризисных центров и организаций, работающих в сфере предотвращения насилия в Кыргызской Республике 245

Приложение 23. Индикаторы по эффективности внедрения Практического Руководства 249

Куда обращаться за помощью? 260

Список литературы 261

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВПЧ	Врачи за права человека
ГСИН	Государственная служба исполнения наказаний
ИППП	Инфекции, передающиеся половым путем
ЛОВЗ	Лица с ограниченными возможностями здоровья
МВД КР	Министерство внутренних дел Кыргызской Республики
МЗ КР	Министерство здравоохранения Кыргызской Республики
НПО	Неправительственные организации
ОЗ	Организация здравоохранения
ООН	Организация объединенных наций
ОФ	Общественный фонд
РМИЦ МЗ	Республиканский медико-информационной центр Министерства здравоохранения КР

СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ ПО РАЗРАБОТКЕ РУКОВОДСТВА

Руководители рабочей группы	
Ибраева Г.А.	Заведующий отделом Управления оказания медицинской помощи и лекарственной политики МЗ КР
Жусупбекова Н.Э.	Заведующий отделом Управления кадровой работы и медицинского образования МЗ КР
Ответственные исполнители	
Азимов У.Х.	Председатель, Координационный совет Национального центра КР по предупреждению пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращений и наказаний
Асылбекова А.С.	Судебно-медицинский эксперт, Республиканский центр судебно-медицинской экспертизы КР
Илибезова Л.К.	Независимый консультант по гендерным вопросам и статистике
Колбина Н.В.	Социальный работник, ОФ «Голос Свободы», программа реабилитации
Конулькулов Э.Э.	Эксперт-криминалист, и.о. доцента кафедры криминалистики и судебной экспертизы, Кыргызская Государственная Юридическая Академия при Правительстве Кыргызской Республики
Коржова О.А.	Психолог/ Координатор программы по защите прав детей, Общественное объединение «Молодежная правозащитная группа»
Мурзакаримова Л.К.	Директор, Республиканский медико-информационный центр МЗ КР
Новикова С.П.	Врач-терапевт, ОФ «Голос Свободы», программа реабилитации
Омурбеков Т.О.	Главный врач, д.м.н., профессор, Городская детская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Бишкек
Парпиева А.	Психиатр, Институт личности и ментального здоровья
Ракишев М.А.	Гинеколог, Городская гинекологическая больница г. Бишкек

Сарымсаков Т.Б.	Травматолог, заведующий приемного отделения, Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии
Халитова Е.А.	Врач-педиатр, Лечебно-оздоровительное объединение Управления делами Президента КР; Негосударственный судебно-медицинский эксперт, ОФ «Лига защитников прав ребенка»
Консультанты	
Абдирасулова А.П.	Директор, Правозащитный центр «Кылым Шамы»
Даулетова У.	ООН Женщины
Жапаров К.Ж.	Заведующий сектором по защите прав лиц в пенитенциарных учреждениях и местах предварительного заключения, Аппарат Омбудсмена (Акыйкатчы) КР
Исмаилова Т.А.	Директор, Правозащитное движение «Бир Дуйно-Кыргызстан»
Макенбаева Б.Ж.	Директор, Общественное объединение «Психическое здоровье и общество»
Сманкулова Н.	Фонд ООН по народонаселению
Турдубекова Н.У.	Директор, Общественный Фонд «Лига защитников прав ребенка»
Хрипченко Н.	Эксперт, Отдел превентивных посещений, Национальный центр КР по предупреждению пыток и других жестоких бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращений и наказаний
Чарабаева М.А.	Главное следственное управление, Министерство внутренних дел КР
Рецензенты	
Асанбаева Э.М.	Доцент кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии, Кыргызская государственная медицинская академия им. И.Ахунбаева
Асанов А.А.	Начальник медицинской службы, Государственная служба исполнения наказаний при Правительстве КР
Асанов Т.К.	Психиатр, Институт личности и ментального здоровья
Бейшеева Н.Д.	Министерство социального развития КР
Кадырова Т.М.	Председатель судебно-психиатрической экспертной комиссии МЗ, доцент кафедры психиатрии, к.м.н., врач-психиатр высшей категории, Кыргызская государственная медицинская академия им. И.Ахунбаева
Карыпбеков У.К.	Начальник отдела по надзору за следствием и оперативно-розыскной деятельности в органах МВД и ГСИН КР, Генеральная прокуратура КР
Мукашев М.Ш.	Заведующий кафедрой судебной медицины и права, Кыргызская государственная медицинская академия им. И.Ахунбаева, д.м.н., профессор
Мусаева С.С.	Главный внештатный психиатр МЗ КР, Республиканский центр психического здоровья
Суеркулов Б.А.	Главный внештатный травматолог МЗ КР, Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии
Сулайманов Ш.А.	Директор, Ошская областная объединенная клиническая больница, д.м.н.
Сыдыгалиев Б.А.	Заместитель директора, Национальный центр КР по предупреждению пыток и других жестоких бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращений и наказаний

Тургунбаев Т.Э.	Декан факультета усовершенствования врачей, Кыргызский медицинский институт переподготовки и повышения квалификации при МЗ КР
Усупов Ч.К.	Управление собственной безопасности, Министерство внутренних дел КР
Внешние рецензенты	
Винсент Йакопино	Старший медицинский советник, Международная организация «Врачи за права человека»; д.м.н., д.ф.н.; Приглашенный профессор медицины, Медицинская школа Университета Миннесоты; Старший научный сотрудник, Центр по правам человека, Калифорнийский университет в Беркли.
Русудан Бериашвили	Старший медицинский советник, Международная организация «Врачи за права человека», д.м.н., д.н., Доцент кафедры судебной медицины, Государственный университет Тбилиси.
Мариам Джишкариани	Международная организация «Врачи за права человека», Реабилитационный фонд для жертв пыток «Эмпатия», Грузия
Кристи Фуджио	Советник по правовым вопросам реализации стандартов Стамбульского протокола, Директор программы по вопросам убежища, Международная организация «Врачи за права человека»; д.ю.н.
Методологическая экспертная поддержка:	
Барыктабасова Б.К.	Консультант МЗ КР по вопросам доказательной медицины и разработке клинических руководств и протоколов, к.м.н.

Декларация конфликта интересов

Перед началом работы по созданию данного руководства все члены рабочей группы дали согласие сообщить в письменной форме о наличии конфликта интересов. Конфликта интересов нет.

Основные понятия и термины, используемые в настоящем руководстве

Акт о невозможности дать заключение – письменный документ, составленный экспертом в случаях выхода всех поставленных перед ним вопросов за пределы его компетенции или невозможности решения ни одного из них по результатам исследования в виду непригодности (недостаточности) материалов, представленных для исследования, или не разработанности методики решения вопроса, или в случае информированного отказа подэкспертного.

Беспомощность – (беспомощное состояние) – неспособность предпринять что-либо для своего спасения. Причинами беспомощного состояния могу быть малолетний возраст, старость, физические недостатки, расстройства психики, болезненное либо бессознательное состояние, алкогольное или наркотическое опьянение, умышленно оставление без помощи или неоказание медицинской помощи лицам в беспомощном состоянии является преступным действием (статья 121 УК КР).

Врач – судебно-медицинский эксперт – лицо с высшим медицинским образованием, имеющее специальную подготовку в области судебной медицины, работающее в организациях судмедэкспертизы и регулярно выполняющее обязанности эксперта.

Врачебная ошибка – ошибка врача при исполнении своих профессиональных обязанностей, которая явилась следствием добросовестных заблуждений, основанных на несовершенстве современного состояния медицинской науки, ее методов исследования, объективных трудностей диагностики лечения, тяжести и атипичности течения заболевания, недостаточности знаний и опыта и т.д. то есть ошибка врача не является следствием халатного отношения врача к своим действиям. Врачебная ошибка не является юридической категорией.

Врачебная тайна – совокупности сведений о болезни, интимной или семейной жизни больного, ставших известным медицинскому работнику при выполнении ими своих профессиональных обязанностей и не подлежащих разглашению. Врачебная тайна охраняется законом, сведения о болезни сообщаются лишь государственным органам, если этого требуют интересы охраны здоровья населения, а также следственным и судебным органам по их требованию.

Вред здоровью – телесные повреждения, т.е. нарушение анатомической целости органов, тканей или их физиологических функций либо заболевание или патологическое состояние, возникшее в результате воздействия различных факторов внешней среды: механических, физических, химических, биологических, психических. Определение не применимо при предполагаемых пытках.

Должностное лицо – лицо, постоянно, временно или по специальному полномочию осуществляющее функции представителя власти либо выполняющие организационно-распорядительные, административно-хозяйственные, контрольно-ревизионные функции в государственных органах, органах местного самоуправления, государственных и муниципальных учреждениях, а также в Вооруженных Силах Кыргызской Республики и иных воинских формированиях.

Жестокое, бесчеловечное или унижающее достоинство обращение и наказание – обращение и наказание, которые унижают лицо как личность или вызывают у него чувство страха, неполноценности, которое может сломить нравственное или физическое сопротивление этого лица и вызывает при этом достаточно сильное физическое или нравственное страдание. Основным отличием от пытки является отсутствие цели и меньшая степень глубины страдания.

Заключение эксперта – процессуальный документ и вид доказательства, в котором излагаются научно обоснованные выводы по поставленным вопросам, и оформленный в порядке, предусмотренном законодательством Кыргызской Республики. Составляется экспертом при производстве экспертизы, выполненной на основании постановления органов внутренних дел, прокуратуры, определения суда.

Медико-санитарная помощь – комплекс медицинских и иных мер, направленных на охрану, укрепление и восстановление здоровья граждан.

Медицинская документация – совокупность документов-носителей медико-статистической информации о состоянии здоровья отдельных лиц, различных групп населения, об объеме содержании и качестве медицинской помощи и деятельности медицинских учреждений.

Медицинская реабилитация – комплекс медицинских мероприятий, направленных на восстановление (или компенсацию) нарушенных функций организма.

Медицинская услуга – форма предоставления медико-санитарной помощи пациенту, предусматривающая возмещение произведенных затрат в соответствии с законодательством Кыргызской Республики.

Медицинская этика – совокупность этических норм и принципов поведения медицинского работника при взаимоотношениях с пациентом, обществом, другими медицинскими работниками в процессе оказания медико-санитарной, санитарно-профилактической помощи.

Медицинские и фармацевтические работники – лица, занимающие в установленном законодательством Кыргызской Республики порядке должности врачей, фармацевтов, среднего медицинского, фармацевтического и младшего медицинского персонала.

Медицинский осмотр – форма лечебно-профилактической помощи, заключающаяся в активном обследовании с целью определения состояния здоровья и раннего выявления заболеваний.

Медицинское вмешательство – проведение медицинским персоналом диагностических, лечебных, профилактических и реабилитационных мероприятий

Насилие – преднамеренное применение физической силы или власти, действительное или в виде угрозы, направленное против себя, против иного лица, группы лиц или общины, результатом которого являются (либо имеется высокая степень вероятности этого) телесные повреждения, смерть, психологическая травма, отклонения в развитии или различного рода ущерб.

Насилие в семье (семейное насилие) – любое умышленное действие одного члена семьи в отношении другого, если это действие ущемляет законные права и свободы члена семьи, причиняет ему физические или психические страдания и наносит мораль-

ный вред либо содержит угрозу физическому или личностному развитию несовершеннолетнего члена семьи.

Неоказание медицинской помощи – профессиональное преступление, заключающее в неаргументированном отказе медицинского работника оказать медицинскую помощь, если этот отказ имел опасные последствия для жизни и здоровья больного (пострадавшего).

Освидетельствование – осмотр подозреваемого, обвиняемого, потерпевшего, свидетеля для обнаружения на теле особых примет, следов преступления, телесных повреждений, выявления состояния опьянения, или иных свойств и признаков, имеющих значение для дела, если для этого не требуется производства судебно-медицинской экспертизы (ст. 180 УПК КР).

Пациент – лицо, которому оказывается медико-санитарная помощь в организациях здравоохранения либо у частнопрактикующих медицинских работников с оформлением соответствующей медицинской документации.

Правоохранительные органы – органы внутренних дел, национальной безопасности, финансовой полиции, прокуратуры, таможенной службы, а также органы по контролю за наркотиками.

Психическое насилие – угроза совершения физического или сексуального насилия, а также умышленное унижение чести и достоинства, принуждение к совершению правонарушений или деяний, представляющих опасность для жизни или ведущих к нарушению психического, физического здоровья. Данный вид насилия воздействует на личность посредством внушения, манипуляции, шантажа, угроз, контроля круга общения, может происходить в общественной и семейной сферах, в учреждениях, среди детей, взрослых, пожилых людей, лиц с ограниченными возможностями здоровья, пользователей психиатрических услуг и др.

Пытка – любое действие, которым какому-либо лицу умышленно причиняется сильная боль или страдание, физическое или нравственное, чтобы получить от него или от третьего лица сведения или признания, наказать его за действие, которое совершило оно или третье лицо или в совершении которого оно подозревается, а также запугать или принудить его или третье лицо, или по любой причине, основанной на дискриминации любого характера, когда такая боль или страдание причиняются государственным должностным лицом или иным лицом, выступающим в официальном качестве, или по их подстрекательству, или с их ведома или молчаливого согласия. В это определение не включаются боль или страдания, которые возникают лишь в результате законных санкций, неотделимы от этих санкций или вызываются ими случайно.

Сексуальное насилие – деяние, посягающее на половую неприкосновенность или половую свободу человека независимо от пола и возраста.

Специалист – не заинтересованное в уголовном деле лицо, привлеченное следователем, судом для содействия ему в производстве следственных или других процессуальных действий с использованием специальных навыков и знаний в области науки, техники, искусства, ремесел. Специалист может быть назначен и из числа лиц, предложенных участниками процесса.

Стамбульский протокол – Руководство по эффективному расследованию и документированию пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания.

Судебная экспертиза – процессуальное действие, состоящее в проведении исследований и даче заключения экспертом по вопросам, требующим специальных знаний в области науки, техники, искусства или ремесла, и которые поставлены перед экспертом в целях установления обстоятельств, подлежащих доказыванию по уголовному, гражданскому и административному делу.

Судебно-медицинская экспертиза – предусмотренное и регламентированное законом процессуальное действие, заключающееся в научно-практическом исследовании врачом (судмедэкспертом) конкретных объектов с целью разрешения специальных вопросов правоохранительных органов и дачи заключения.

Судебно-психиатрическая экспертиза – это специальное исследование, проводимое экспертом-психиатром или комиссией экспертов психиатров с целью дать заключение о психическом состоянии субъекта в уголовном и гражданском судопроизводстве.

Судебный эксперт – не заинтересованное в уголовном деле лицо, назначенное следователем, судом или, по их требованию, руководителем экспертной организации для разрешения вопросов, возникших при производстве следствия или судебного разбирательства дела с использованием специальных знаний в области науки, техники, искусства, ремесел, и дачи на этой основе заключения. Эксперт может быть назначен из числа предложенных участниками процесса лиц или приглашен сторонами.

Физическое насилие – это противоправное воздействие на организм другого человека, осуществленное против его воли. По характеру оно может выражаться в нанесении ударов, побоев, ранений и в ином воздействии на наружные покровы тела человека посредством физической силы, холодного огнестрельного оружия либо иных предметов, жидкостей, веществ и так далее, а также в воздействии на внутренние органы человека без повреждения наружных тканей. Физическое насилие может происходить в семье, и также проявляться в форме бездействия, например, в отношении беспомощных, пожилых, лиц, лишенных свободы, а также родителей в отношении детей, в результате которого физическое здоровье нарушается или находится под угрозой нарушения.

Юридическая ответственность – это обязанность правонарушителя претерпевать особые, заранее установленные государством в санкциях правовых норм меры государственно-правового принуждения за совершенное правонарушение в установленном для этого процессуальном порядке.

Содержание иных терминов приводится в тексте настоящего Руководства.

Введение

Каждый человек, независимо от пола, расы, этнической принадлежности или религиозных убеждений имеет право на защиту и уважение таких фундаментальных прав, как право на жизнь, свободу и безопасность личности, право не подвергаться пыткам и бесчеловечному, жестокому или унизительному обращению в семье и общественной сфере, право на здоровье.

Кыргызская Республика, являясь участницей международных договоров, взяла на себя обязательства принимать все необходимые меры, чтобы предотвратить насилие и гарантировать доступность качественного медицинского обслуживания в ответ на насилие каждому, в том числе относящимся к уязвимым группам населения, а также лицам, находящимся в конфликте с законом.

Ежегодно в мире в результате насилия погибает свыше 1,6 миллиона человек.
Насилие – одна из главных причин смертности людей в возрасте от 15 до 44 лет, на которую приходится 14% смертей среди мужчин и 7% – среди женщин.
На каждого человека, погибшего вследствие насилия, приходится еще множество людей, получивших различные увечья и страдающих от широкого спектра физических, сексуальных, репродуктивных и душевных недугов. На каждую насильственную смерть и преднамеренные травмы приходятся десятки случаев госпитализации, сотни выездов служб неотложной помощи и тысячи визитов к врачам.

Источник: https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B0%D1%81%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D0%B5#cite_note-3

Тем не менее, в стране имеют место различные виды насилия. За 7 лет с 2005 по 2012 годы в 2,6 раза возросло количество зарегистрированных случаев преступного посягательства взрослых на детей (с 505 до 1334 случаев).

В 2011 году в кризисные центры республики по случаям семейного насилия обратилось 8906 человек[1], из них 81% составили женщины, 24% – лица в возрасте 50 лет и старше. Органами внутренних дел по фактам семейного насилия за этот период было выдано только 2415 охранных ордеров. В целом, уровень бытового насилия в Кыргызской Республике выше, чем в других странах среднеазиатского региона и СНГ. Для сравнения, в Азербайджане и Украине на насилие в семье жалуется менее 15% женщин, тогда как в Кыргызской Республике – 25%[2].

В Специальном докладе Акыйкатчы (Омбудсмена) Кыргызской Республики по пыткам отмечено, что пытки в Кыргызской Республике продолжают носить массовый и повсеместный характер. Это подтверждается многочисленными мониторинговыми мероприятиями, проведенными Акыйкатчы (Омбудсменом) и сотрудниками его аппарата, правозащитными НПО, а также выводы международных организаций и экспертов, изложенные в соответствующих отчётах[3].

---

[1] Статистический сборник «Женщины и мужчины КР», НСК КР, Бишкек – 2012. Доступно на сайте: http://www.stat.kg/

[2] Кыргызская Республика. Медико-демографическое исследование, НСК КР, Бишкек-2012: Домашнее насилие

[3] Доступно на сайте: http://www.ombudsman.kg/special-reports/313-specialnyy-doklad-po-pytkam.html

Дела по пыткам не доходят до судов, переквалифицируются в менее тяжкие преступления или прекращаются за недоказанностью. Так, по данным Генеральной прокуратуры Кыргызской Республики в 2013 году было зарегистрировано 265 обращений о применении пыток, по 247 (93,2%) из них было отказано в возбуждении уголовного дела. По статье 305-1 («пытка») УК КР судами вынесено только 2 обвинительных приговора.

Во многих случаях при обращении в медицинские учреждение пострадавшие от насилия, в особенности женщины, дети, пожилые люди и лица, находящиеся под стражей, скрывают факт насилия, поскольку находятся в зависимом от насильника положении. В большинстве случаев они боятся, что своим признанием спровоцируют еще большее насилие или пытки, многие просто не верят, что им кто-либо может помочь.

В Специальном докладе Акыйкатчы (Омбудсмена) по пыткам отмечается, что *«медицинское освидетельствование задержанных и содержащихся под стражей лиц не соответствует требованиям, предъявляемым к данной процедуре, носит формальный характер или не проводится вообще. Не используются специальные бланки для фиксации телесных повреждений… В результате лицам, пострадавшим от пыток, практически невозможно задокументировать физические повреждения и доказать факт применения пыток, особенно в случаях, когда акты насилия не оставляют видимых следов»*[1].

В отчете Специального Докладчика ООН против пыток от 21 октября 2014 г. Генеральной Ассамблеи ООН заявлено, что *«Стамбульский Протокол служит стандартом для медицинских доказательств, выдаваемых экспертами, индикатором эффективности доказательств, и для установления правосудия для жертв пыток»,* а также отмечено, что *«качественные отчеты судебно-медицинских экспертов могут сделать революцию в расследовании пыток».*

Насилие часто влечет за собой пожизненные последствия для физического и психического здоровья пострадавших и их взаимодействия с другими людьми, при этом насильственные формы поведения передаются следующим поколениям. Помимо этого, насилие налагает огромное бремя на национальные экономики, требуя ежегодно дополнительных расходов на нужды здравоохранения, для поддержания правопорядка и для компенсации утерянной продуктивности производства. При этом посчитать косвенный ущерб от насилия, такой, как пожизненное медицинское лечение или нереализованный жизненный потенциал не представляется возможным.

Широко распространено стереотипное убеждение, что насилие является неизбежной частью человеческого существования, что ответственность за его предупреждение лежит только на правоохранительных органах и что принципиальная роль системы здравоохранения сводится к уходу за жертвами и к их реабилитации. Эти взгляды сегодня подвергнуты переоценке, поскольку прогресс в предотвращении болезней, связанных с окружающей средой или человеческим поведением, включая сердечные болезни, курение, ВИЧ/СПИД инфекции – продемонстрировал способность систем здравоохранения обращаться и влиять на коренные причины создающихся явлений.

[1] Специальный доклад Омбудсмена Кыргызской Республики по пыткам. Доступно на сайте: http://www.ombudsman.kg/special-reports/313-specialnyy-doklad-po-pytkam.html

Всемирной организацией здравоохранения отмечается, что в современное время **системам здравоохранения отводится ключевая роль в предупреждении насилия и травматизма, исходя из следующих оснований:**

- **По долгу службы.** Мандат сектора здравоохранения включает проведение профилактики всех основных причин заболеваемости и смертности и принятие мер реагирования на их появление. На долю насилия и травматизма приходится 9% глобальной смертности и 16% глобальной инвалидности.
- **В силу экономической заинтересованности.** На счет сектора здравоохранения относится существенная доля прямых издержек, связанных с травматизмом и насилием. В глобальных масштабах на травматизм и насилие приходится большая часть издержек здравоохранения, включая обращения в отделения скорой помощи, хирургическую и психологическую помощь.
- **В силу уникальности подхода.** Сектор здравоохранения подходит к решению проблемы насилия и травматизма с уникальной научной позиции, ориентированной на профилактику, – это то, чего нет у большинства других секторов, занимающихся работой в этой области.
- **В силу уникальности своего положения.** Министерство здравоохранения занимает уникальное положение, позволяющее ему собирать данные, анализировать факторы риска, предоставлять экстренную и долгосрочную плановую помощь, координировать многопрофильные действия различных секторов в области профилактики и проводить кампанию за изменения в политике и законодательстве.

Во многих странах если министерство здравоохранения не будет заниматься всей этой работой в области предупреждения насилия и травматизма, то и никакой другой орган не будет этого делать.

Источник: Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире /Под ред. Этьенна Г. Круга и др./ Пер. с англ. — М: Издательство «Весь Мир», 2003. — 376 с. ISBN 5C7777C0225C2

На уровне отдельно взятого человека лечение травм и последствий насилия предполагает как непосредственное оказание медицинской помощи, так и долгосрочную психологическую, социальную и физическую помощь и реабилитацию. На уровне общества травматизм и насилие имеют более широкие медицинские, социальные и финансовые последствия, которые требуют согласованных ответных действий. Для того, чтобы справиться с огромным бременем, которое ложится на здравоохранение, необходимо отвлекать большие ресурсы системы здравоохранения. Точно так же серьезным каналом утечки средств из национальной экономики стран является финансирование экономических издержек, включая издержки, вызванные невыходом на работу и пропусками занятий в школе, а также издержки судебной системы и системы социального обеспечения. Травматизм и насилие можно изучать и документально фиксировать, а в их причинах можно разобраться и затем на эти причины воздействовать. Научные исследования позволили получить убедительное доказательство того, что с помощью определенных мер вмешательства травматизм и насилие можно предупреждать.

Учитывая сложную причинную обусловленность насилия и травматизма, для их предупреждения нужны действия, предпринимаемые сразу в нескольких секторах на

местном, региональном и национальном уровнях. Каждому сектору принадлежит своя роль, каждый должен вносить свой вклад.

Особая роль в этой работе принадлежит сектору здравоохранения, причем не только в предоставлении помощи и поддержки жертвам, но и решении проблем насилия и травматизма с помощью уникальных моделей общественного здравоохранения.

Многие министерства здравоохранения пока еще не полностью осознали, насколько незаменимой является их функция в этих областях, и в результате все еще не вносят достаточного вклада в усилия по предупреждению насилия.

Подход систем здравоохранения к проблеме насилия основан на четырех классических шагах:

- определение масштабов проблемы и наблюдение за ее динамикой;
- выявление причин проблемы;
- формулирование и проверка способов ее решения;
- широкое применение методов снижения насилия, доказавших свою эффективность.

Несмотря на то, что инфраструктура здравоохранения в предупреждения насилия может быть на начальных этапах развития, необходимо реализовывать конкретные действия в решении задач в следующих областях:

- выработка политики;
- сбор данных;
- оказание услуг жертвам;
- профилактика;
- укрепление организационно-кадрового потенциала;
- информационно-просветительская работа.

Люди, пережившие травмы или насилие, часто нуждаются в интенсивном лечении и уходе. Это необходимо для того, чтобы не дать им умереть или стать инвалидами и обеспечить возможность их выздоровления и реабилитации. В большинстве стран ответственность за планирование и предоставление таких услуг возложена на системы здравоохранения. Для того, чтобы улучшить исходы лечения, необходимо обеспечить полный спектр услуг – от добольничной помощи до помощи в стационарных лечебных учреждениях (включая клиники и больницы, предоставляющие как первичную неотложную помощь, так и последующее кардинальное лечение) и далее до услуг по реабилитации, социальной реинтеграции и выздоровлению. Пока такие услуги доступны не везде, и здравоохранению необходимо сосредоточить усилия на улучшении доступа к ним.

В целом национальная система здравоохранения должна стремиться обеспечить жертвам всех видов насилия высококвалифицированный уход, а также реабилитацию и поддержку, необходимые для того, чтобы избежать дальнейших осложнений.

Приоритеты в этой области следующие:

- улучшение системы оказания срочной помощи пострадавшим и повышение возможностей медицинского сектора по надлежащему уходу за ними и по их реабилитации;
- засвидетельствование случаев насилия или продолжающихся насильственных действий и направление пострадавших в соответствующие структуры здравоохранения для оказания им поддержки и принятия необходимых последующих мер;

- обеспечение того, чтобы медицинские, юридические, правоохранительные и социальные службы не причиняли дополнительного ущерба пострадавшим и чтобы эти службы могли эффективно пресекать повторные попытки их преследования преступниками;
- информирование о социальной поддержке, программах предупреждения насилия и других службах защиты семей от насилия, а также снижения нагрузки на лиц, обеспечивающих уход за пострадавшими;
- включение элементов программ по документированию и профилактике насилия в учебные планы по подготовке врачей и санитарного персонала.
- эффективное медицинское исследование и документирование медицинских доказательств актов насилия.

Каждое из этих мероприятий может помочь минимизировать воздействие насилия на индивидуальных лиц и семьи, и уменьшить стоимость медицинских и социальных мер.

Организации здравоохранения выполняют следующие обязанности в сфере охраны и защиты от насилия:

1. оказывают необходимую медико-санитарную помощь, в том числе осуществляют медицинскую реабилитацию, лицам, пострадавшим от насилия;
2. оказывают необходимую медико-санитарную помощь, в том числе осуществляют медицинскую реабилитацию, лицам, совершившим насилие, в пределах, установленных законодательством;
3. извещают органы внутренних дел и прокуратуры о фактах обращения пострадавших и оказания им медицинской помощи с их согласия в течение двадцати четырех часов. Согласие пострадавших не требуется в случаях совершения насилия в отношении несовершеннолетних и лиц, признанных судом недееспособными.
4. выдают пациенту и иным лицам в соответствии с законодательством выписку из медицинской карты или истории болезни, в которой письменно фиксируются телесные повреждения или следы насилия;
5. реализуют мероприятия по предупреждению насилия;
6. взаимодействуют с другими субъектами, осуществляющими охрану и защиту от насилия;
7. осуществляют иную деятельность по охране и защите от насилия в пределах своей компетенции.

Настоящее руководство разработано с целью оказания государству практической помощи в решении одной из важнейших проблем в деле защиты людей от пыток и других видов жестокого бесчеловечного обращения и наказания – проблемы результативного документирования для обеспечения реализации права каждого человека на защиту и эффективное расследование.

Основными исполнителями правильного документирования случаев пыток и других видов жестокого бесчеловечного обращения и наказания являются специалисты здравоохранения, т.е. медицинские работники.

Правильное медицинское документирование позволяет обнаруживать, выявлять и предавать гласности доказательства применения пыток и жестокого обращения, с тем, чтобы можно было привлечь к ответственности лиц, совершивших такие деяния, в интересах правосудия. Медицинский работник также должен выполнить свои прямые функциональные обязанности: предоставить качественную эффективную и безопасную медицинскую помощь любому человеку, в ней нуждающемуся вне зависимости от политической, религиозной, расовой и этнической принадлежности, вне зависимости от возраста и пола.

Принципы и формы документирования, приведенные в настоящем руководстве, можно использовать в ходе расследований и мониторинга в области прав человека; защиты лиц, «признавшихся» под пытками в совершении преступлений; при оценке потребностей в отношении помощи жертвам пыток и насилия и т.д.

Настоящее руководство содержит рекомендации, как для профессиональных работников здравоохранения, так и для тех, кто дает оценку их действиям, когда дело касается работников здравоохранения, которых принуждают игнорировать, искажать или фальсифицировать данные, подтверждающие применение пыток и других видов жестокого бесчеловечного обращения и наказания.

Общая цель проводимого расследования заключается в установлении фактов, касающихся предполагаемых случаев применения пыток и жестокого обращения, для выявления тех, кто несет ответственность за такие случаи, и содействия их судебному преследованию либо с целью использования таких фактов в рамках других мер в интересах жертв пыток и жестокого обращения.

Ожидаемые результаты внедрения руководства

1. Унификация и внедрение в Кыргызской Республике международных стандартов правильного документирования и обследования пыток и насилия.
2. Медицинские работники используют единую стандартизированную форму осмотра, проведения медицинских и психиатрических экспертиз, учетно-отчетную медицинскую документацию для всех видов насилия, пыток, жестокого обращения.
3. Медицинские работники в обязательном и безотлагательном порядке в течение 24 часов после установления информируют территориальные органы прокуратуры о фактах пыток и жестокого обращения, органы внутренних дел о насилии.
4. Улучшение качества медицинской помощи жертвам насилия, пыток, жестокого обращения и профилактика заболеваний.
5. Приведение в соответствие качества медицинских экспертиз требованиям международных стандартов.
6. Правильное документирование, регистрация и перенаправление к узким специалистам на дообследование, госпитализацию.
7. Обеспечение того, чтобы рекомендации, минимальные стандарты, учебные материалы и информация по эффективному медицинскому документированию включались в программы подготовки персонала правоприменительных органов (гражданского или военного), а также медицинского персонала, государственных должностных лиц и других соответствующих лиц.

Глава 1. Определение и классификация видов насилия

1.1 Определение насилия

Одна из причин того, что борьба с насилием до сих пор почти не рассматривалась в качестве элемента системы здравоохранения, состоит в отсутствии ясной характеристики этого явления. Наличие в мире широкого спектра этических норм приводит к тому, что проблему насилия трудно поставить на повестку дня мировых форумов. Дело осложняется тем, что представления о том, какое поведение является допустимым, а какое – недопустимым, по мере эволюции социальных ценностей и норм постоянно меняются и переосмысливаются. Таким образом, существует множество определений насилия, зависящих от того, кто занимается их выработкой и с какой целью.

Всемирная организация здравоохранения характеризует насилие следующим образом:

> ***Насилие – это намеренное использование – реальное или угрожаемое – физической силы или власти против самого себя, другого лица, группы лиц или какого-то сообщества, причиняющее либо с большой вероятностью способное причинить увечья, психологические травмы, привести к смерти, вызвать трудности в развитии или лишения.***

Это определение соединяет преднамеренность и фактическое совершение акта насилия, независимо от его результата. Включение в определение слов «использование власти» расширяет традиционное понимание природы насильственного акта тем, что включает в понятие насилия действия, источником которых является власть над человеком, то есть угрозы и запугивание. Также определение охватывает межличностное насилие, суицидальное поведение и военные конфликты. Оно распространяется на широкий круг акций, лежащих за пределами физического воздействия и связанных с угрозами и запугиванием. Помимо смерти или увечий, определение включает множество других, часто менее заметных, последствий жестокого поведения, таких как психологический ущерб, лишения и затрудненное развитие, которое препятствует благополучию индивидуумов, семей и общин.

1.2. Классификация видов насилия

В настоящее время сложилось несколько подходов в определении видов насилия:

По характеру насилия:

- Физическое;
- Психическое;
- Сексуальное;
- Пренебрежение нуждами.

По субъектам, применяющим насилие:

- Должностные лица и лица, выступающие в официальном качестве (пытки и жестокое обращение, бесчеловечное и унижающее достоинство). Отношения «государство – человек»;
- Остальные субъекты. Отношения «человек-человек».

По среде / окружению / обстановке, в которой происходит насилие:

- Бытовое;
- Домашнее / семейное;
- Школьное;
- Другое.

В большинстве случаев насилие классифицируют по видам причиненного вреда здоровью – причинение физической и/или психической боли или страданий, или/и сексуальное насилие.

В других случаях насилие классифицируют по таким основаниям, как наличие семейных отношений или возраст. Так, выделяют семейное (домашнее) насилие, отличительной особенностью которого является то, что жертва насилия чаще всего не желает привлекать виновника к ответственности в силу особых отношений.

Когда говорят о насилии в отношении детей, пожилых или лиц с ограниченными возможностями здоровья (ЛОВЗ), то здесь главным является уязвимость и неспособность этих социальных групп защитить свои права. Ребенок не может защитить свои права в силу возраста, а пожилые и ЛОВЗ – по состоянию здоровья. В этих случаях заброшенность, отсутствие заботы и ухода также может классифицироваться как насилие.

Выделяют также понятие жестокое обращение, которое может проявляться в отношении зависимых или подконтрольных лиц, например, жестокое обращение в отношении детей или в отношении лиц с ограниченной свободой.

Другим основанием для классификации насилия является наличие должностного статуса лица, совершившего насилие, а также умысел и цель. Так, например, если насилие совершается должностным лицом умышленно, с целью получить от него сведения, признания или любой другой причине, то такой вид насилия классифицируется как пытка.

Глава 2. Пытки и жестокие, бесчеловечные или унижающие достоинство виды обращения и наказания

2.1. Определение и признаки пытки

Конвенция ООН против пыток и других жестоких бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания дает следующее определение пытки – любое действие, которым какому-либо лицу умышленно причиняется сильная боль или страдание, физическое или нравственное, чтобы получить от него или от третьего лица сведения или признания, наказать его за действие, которое совершило оно или третье лицо или в совершении которого оно подозревается, а также запугать или принудить его или третье лицо, или по любой причине, основанной на дискриминации любого ха-

рактера, когда такая боль или страдание причиняются государственным должностным лицом или иным лицом, выступающим в официальном качестве, или по их подстрекательству, или с их ведома или молчаливого согласия. В это определение не включаются боль или страдания, которые возникают лишь в результате законных санкций, неотделимы от этих санкций или вызываются ими случайно.

Пытки вызывают глубокую обеспокоенность мирового сообщества. Несмотря на то, что международные нормы в области прав человека и международное гуманитарное право последовательно запрещают применение пыток при любых обстоятельствах, пытки и жестокое обращение практикуются более чем в половине стран мира. Это разительное несоответствие абсолютного запрета пыток и их повсеместного распространения в сегодняшнем мире свидетельствует о том, что государствам необходимо определять и осуществлять на практике эффективные меры по защите людей от пыток и жестокого обращения.

Кыргызская Республика является участницей многих договоров в области прав человека, устанавливающих запрет на применение пыток и жестокого обращения, в том числе Конвенции ООН против пыток и других жестоких бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания. Все эти договоры являются составной частью правовой системы Кыргызской Республики и имеют прямое действие. Более того, нормы международных договоров по правам человека имеют приоритет над нормами других международных договоров.

Запрет на применение пыток и жестокого обращения закреплен в положениях Конституции, законов и других нормативных правовых актов Кыргызской Республики, в том числе, определяющих порядок и условия содержания под стражей лиц, подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений, подвернутых административному задержанию, порядок и условия пребывания в специализированных учреждениях системы образования, здравоохранения и социального обеспечения.

В 2003 году Уголовный кодекс Кыргызской Республики был дополнен статьей 305-1, устанавливающей уголовную ответственность за пытки. Серьезным достижением стало принятие в 2012 году новой редакции статьи 305-1 Уголовного кодекса. Определение пыток в национальном законодательстве приведено в соответствие с конвенционным определением.

Ужесточение санкции за пытки, установление барьеров, не позволяющих прекращать уголовные дела по пыткам за примирением сторон и применять амнистию в отношении виновных в применении пыток, как того требует Конвенция ООН против пыток и других жестоких бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания, должно способствовать обеспечению неотвратимости наказания каждому, кто виновен в применении пыток.

Характеризующие признаки пытки (основные элементы):

1. Умышленный характер причинения *сильной* боли либо физических или нравственных страданий.

   В определении пыток под «сильной болью» следует понимать такую боль, которая лишает человека возможности поступать по собственной воле в соответствии с собственными желаниями, намерениями, интересами, либо существенно ограничивает его волю.

Статья 305-1 УК КР[1]. Пытка

1. Умышленное причинение какому-либо лицу физических или психических страданий, совершенное с целью получить от него или от другого лица сведения или признания, наказать его за деяние, которое совершило оно или другое лицо или в совершении которого оно подозревается, а также запугать или принудить его или другое лицо к совершению определенных деяний, или по любой причине, основанной на дискриминации любого характера, когда такое деяние совершается должностным лицом либо по его подстрекательству, или с его ведома или молчаливого согласия, наказывается лишением свободы на срок от четырех до восьми лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок от одного года до трех лет.
2. То же деяние, совершенное:
   - группой лиц;
   - группой лиц по предварительному сговору, наказывается лишением свободы на срок от семи до десяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок от одного года до трех лет.
3. Деяния, предусмотренные частями 1 и 2 настоящей статьи:
   - совершенные в отношении женщины, заведомо для виновного находящейся в состоянии беременности, или несовершеннолетнего;
   - совершенные в отношении лица, находящегося в беспомощном состоянии;
   - совершенные с особой жестокостью;
   - совершенные организованной группой;
   - повлекшие тяжкие последствия, а равно причинение тяжкого вреда здоровью или по неосторожности смерть потерпевшего, наказываются лишением свободы на срок от десяти до пятнадцати лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок от одного года до трех лет.

[1] Введен в действие Законом КР от 1 октября 1997 года № 69. В редакции Законов КР от 21 сентября 1998 года № 124, 9 декабря 1999 года № 141, 23 июля 2001 года № 77, 19 ноября 2001 года № 92,12 марта 2002 года № 36, 22 июня 2002 года № 109, 8 июля 2002 года № 115, 16 октября 2002 года № 141, 17 февраля 2003 года № 36, 11 июня 2003 года № 98, 11 июня 2003 года № 99, 11 июня 2003 года № 100, 5 августа 2003 года № 192, 9 августа 2003 года № 193, 14 ноября 2003 года № 221, 15 ноября 2003 года № 223, 15 февраля 2004 года № 13, 7 марта 2004 года № 17, 23 марта 2004 года № 46, 27 марта 2004 года № 101, 26 июля 2004 года № 99, 27 июля 2004 года № 101, 15 декабря 2004 года № 191, 5 августа 2005 года №122, 5 января 2006 года № 1, 6 февраля 2006 года № 35, 13 февраля 2006 года № 56, 13 февраля 2006 года № 57, 8 августа 2006 года № 156, 8 августа 2006 года №158, 8 августа 2006 года №159, 28 декабря 2006 года № 211, 28 декабря 2006 года № 216, 29 декабря 2006 года № 230, 12 февраля 2007 года № 16, 25 июня 2007 года № 91, 31 июля 2007 года № 129, 6 августа 2007 года № 131, 10 августа 2007 года № 150, 15 августа 2007 года № 152, 7 июля 2008 года № 138, 18 июля 2008 года № 151, 5 августа 2008 года № 199, 17 октября 2008 года № 223, 17 октября 2008 года № 231, 29 декабря 2008 года № 274, 29 декабря 2008 года № 275, 19 января 2009 года № 8, 20 февраля 2009 года № 58, 20 февраля 2009 года № 60, 17 марта 2009 года № 83, 8 мая 2009 года №150, 17 июля 2009 года № 230, 17 июля 2009 года № 234, 24 июля 2009 года № 246, 13 октября 2009 года № 271, 20 ноября 2009 года № 301, 17 декабря 2009 года № 309, 10 февраля 2010 года № 27, 11 июля 2011 года № 89, 26 июля 2011 года № 141, 26 июля 2011 года № 143, 18 октября 2011 года № 177, 27 октября 2011 года № 185, 1 ноября 2011 года № 195, 10 ноября 2011 года № 204, 21 декабря 2011 года № 244, 21 декабря 2011 года №246, 1 марта 2012 года № 10, 8 мая 2012 года № 48, 12 июля 2012 года № 105, 16 июля 2012 года № 111, 16 июля 2012 год № 114, 31 июля 2012 года № 145 , 10 августа 2012 года № 164, 21 ноября 2012 года №186, 25 января 2013 года № 9, 25 февраля 2013 года № 34 , 25 февраля 2013 года № 35, 11 апреля 2013 года № 50, 18 апреля 2013 года № 53, 29 апреля 2013 года № 64, 29 мая 2013 года № 83, 9 июля 2013 года № 125, 9 июля 2013 года № 126, 24 июля 2013 года № 159, 30 июля 2013 года № 169, 3 августа 2013 года № 180, 1 ноября 2013 года № 198, 18 февраля 2014 года № 33, 21 апреля 2014 года № 62, 17 мая 2014 года № 68, 18 июня 2014 года № 90, 30 июня 2014 года № 100, 1 июля 2014 года № 108, 25 октября 2014 года № 148.

2. Причинение таких боли и страданий *с целью*:
   - получения сведений или признаний;
   - наказания за действие;
   - запугивания или принуждения;
   - дискриминации;
   - по любой другой причине.

   Не исключается совокупность этих целей.
3. Совершение этого *деяния* должно иметь место со стороны представителя власти либо по его подстрекательству, либо с его ведома либо с его молчаливого согласия.

   Под «подстрекательством» понимается только такое воздействие одного лица на другое, в результате которого второй субъект добровольно совершает деяния, которые бы он в противном случае совершать не стал. Под «лицом, выступающем в официальном качестве» понимается любое лицо, которому временно или постоянно поручены функции отдавать обязательные для исполнения распоряжения другим лицам либо контролировать соблюдение этими лицами законов, норм и правил.

Важно помнить – для определения пытки в юридическом смысле, необходима строгая совокупность всех трех основных элементов.

2.2. Отличие пыток от других видов насилия

Основным отличием **пыток от жестокого** и унижающего достоинство **обращения** и наказания является то, что такое **обращение** и наказание применяется без тех целей, что указаны в статье 1 Конвенции.

Под **жестоким обращением** следует понимать такое **обращение,** которое было связано с неоправданным применением физической боли, существенного физического неудобства, помещения в условия, неблагоприятные для осуществления функций человеческого организма, в случае, если такая боль не была сильной.

Под **жестоким наказанием** следует понимать наказание, которое также оказалось связано с неоправданным причинением физической боли, если такая боль не была сильной и не повлекла страданий.

Под **унижающим достоинство обращением** следует понимать такое **обращение,** которое не было связано с причинением ему физической боли, однако повлекло его неоправданное унижение перед другими лицами, либо в собственных глазах, либо, хотя в момент применения и не рассматривалось им или иными лицами, как унизительное, поставило его в условия, не соответствующие принятым в нашем обществе условиям человеческого существования.

Под **унижающим достоинство наказанием** следует понимать такое наказание, которое связано с помещением наказуемого в условия, затрудняющие нормальную жизнедеятельность человеческого организма, либо направленное на неоправданное и существенное понижение социального статуса наказуемого.

Жестокое обращение и наказание могут носить только умышленный характер, то есть «причинитель» вреда должен осознавать причинение им боли или страданий.

Унижающее достоинство обращение и наказание могут носить, как умышленный, так и неумышленный, то есть «причинитель» вреда может и не осознавать общественно опасный характер своего действия или бездействия.

Таблица 1. Отличие пыток от других видов насилия

Пытки	**Жестокие, бесчеловечные или унижающие достоинство виды обращения и наказания**	**Другие виды насилия**
Что было совершено?		
Умышленное причинение сильной (чрезмерной) физической или нравственной боли или страданий	Преднамеренное допущение значительной физической или нравственной боли или страданий	Преднамеренное и фактическое совершение акта насилия, независимо от его результата
Кто совершил?		
Должностные лица	Должностные лица	Недолжностные лица и лица, не выступающие в официальном качестве
По какой причине произошли?		
Страдания были причинены с определенной целью, например для получения информации, либо для наказания или запугивания.	Не причиняются с какой-либо определенной целью	Может иметь определенную цель или нет

Особенности применения пыток в Кыргызской Республике:

- Пытки широко распространены в местах лишения свободы в Кыргызстане;
- Отсутствие надлежащего правового расследования способствует правовой системе, которая зависит от «признаний», полученных с помощью пыток;
- Безнаказанность за применение пыток и жестокого обращения подрывает верховенство закона и создает благоприятную почву для коррупции;
- Правильно заполненная первичная медицинская документация и судебно-медицинские доказательства часто являются одним из самых мощных форм материальных свидетельств, которые подтверждают заявления потерпевшего о пытках и жестоком обращении, и могут помочь разорвать порочный круг безнаказанности;
- Прекращение безнаказанности за пытки и жестокое обращение представляют огромные трудности для правительства Кыргызстана и гражданского общества, но при наличии политической воли и устойчивого, всеобъемлющего плана действий, прогресс может быть достигнут.

Факторы, способствующие пыткам и жестокому обращению в правоохранительных органах, в местах лишения / ограничения свободы:

- Отсутствие систематического мониторинга практики пыток и жестокого обращения;
- Недостаточность процессуальных гарантий во время ареста и содержания под стражей;
- Признания, полученные под пытками, допускаются в качестве доказательств в судебных разбирательствах;
- Неэффективность механизма расследования и последующая безнаказанность виновных лиц;
- «Круговая порука» в правоохранительных и судебных органах при рассмотрении дел, связанных с пытками и жестоким обращением;
- Давление на медицинских работников со стороны правоохранительных органов;
- Игнорирование жалоб задержанных на состояние здоровья;
- Отсутствие доступа к медицинской помощи;
- Практика назначения судебно-медицинской экспертизы без проведения судебно-психиатрической экспертизы для оценки психических последствий у предполагаемых жертв пыток;
- Отсутствие механизмов компенсации для жертв пыток и жестокого обращения из государственного бюджета;

Причины неэффективного врачебного, судебно-медицинского и судебно-психиатрического документирования:

- Отсутствие или низкое качество первичного медицинского документирования;
- Низкое качество судебно-медицинского документирования;
- Отсутствие стандартизированных форм медицинского осмотра, учета и отчетности;
- Несвоевременное назначение судебно-медицинских экспертиз органами следствия;
- Медицинские работники и судебно-медицинские эксперты функционально не независимы;
- Присутствие сотрудников правоохранительных органов во время проведения врачебного осмотра или экспертизы;
- Недостаточный материально-технический и методический потенциал для проведения судебно- медицинской, психиатрической и психологической экспертиз;
- Недостаточное обучение медицинских работников, в частности стандартам Стамбульского протокола;
- Отсутствие практики проведения комплексной судебной экспертизы у предполагаемых жертв пыток, включающей обязательные судебно-психиатрическую и судебно-психологическую экспертизы.

Признание стандартов Стамбульского Протокола

Министерство Здравоохранения КР официально признало стандарты Стамбульского Протокола для эффективного расследования и документирования пыток и жестокого обращения, после чего применение данных стандартов является обязательным, а не желательным. Данное руководство предназначено для всех медицинских работников Кыргызской Республики вне зависимости от уровня и вида организации здравоохранения, форм собственности и правовой принадлежности, и является адаптацией рекомендаций и принципов международного справочного документа, содержащего современные международные стандарты по предотвращению пыток (Стамбульский протокол). При поиске подробных и более детальных объяснений наиболее эффективного расследования насилия, пыток и жестокого обращения следует обращаться к оригинальному документу по ссылке: http://www.ohchr.org/Documents/Publications/training8Rev1ru.pdf Учебный модуль по Стамбульскому протоколу, разработанный международной организацией «Врачи за права человека», можно найти по следующей ссылке: http://istanbulprotocolmodelcurriculum.org.

Справка: ***Стамбульский протокол – Руководство по эффективному расследованию и документированию пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания.***

С 1982 года рекомендации относительно помощи жертвам пыток со стороны ООН, выработанные Советом попечителей Фонда добровольных взносов ООН для жертв пыток и направленные Генеральному секретарю ООН, основываются на статье 1 Декларации ООН о защите всех лиц от пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания. Декларация устанавливает, что «пытка представляет собой усугубленный и преднамеренный вид жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения и наказания», и что «в это толкование не включаются боль или страдание, возникающие только из-за законного лишения свободы, ввиду состояния, присущего этому или вследствие этого, в той степени, насколько это совместимо с Минимальными стандартными правилами обращения с заключенными», а также на всех других соответствующих международных договорах».

Руководство по эффективному расследованию и документированию пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания (Стамбульский протокол) призвано служить в качестве международных руководящих принципов в отношении оценки состояния лиц, утверждающих, что они подвергались пыткам и жестокому обращению; при расследовании дел о предполагаемом применении пыток и представлении результатов такой оценки и расследования судебному или какому-либо иному органу расследования.

В Стамбульский протокол включены принципы эффективного расследования и документирования пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания. Эти принципы содержат краткую характеристику минимальных стандартов, которыми государства должны руководствоваться для обеспечения эффективного документирования пыток[1].

[1] Принципы эффективного расследования и документирования пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания были включены в качестве приложения в резолюцию 55/89 (от 4 декабря 2000 года) Генеральной Ассамблеи и в резолюцию 2000/43 (от 20 апреля 2000 года) Комиссии по правам человека, которые были приняты без голосования.

И само руководство, и эти принципы являются результатом трехлетней аналитической, исследовательской и редакционной работы, в которой участвовали более 75 экспертов в области права, медицины и прав человека, представляющих 40 организаций и учреждений из 15 стран мира. Разработка концепции и подготовка настоящего руководства – плод коллективных усилий судебных медиков, практикующих врачей, психологов, правозащитников и юристов из Германии, Дании, Израиля, Индии, Коста-Рики, Нидерландов, Соединенного Королевства, Соединенных Штатов Америки, Турции, Франции, Чили, Швейцарии, Шри-Ланки, Южной Африки и оккупированных палестинских территорий.

2.3. Принципы Стамбульского протокола по эффективному расследованию и документированию пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания

1. Цели эффективного расследования и документирования пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания (именуемых далее «пытками или другими видами жестокого обращения») включают следующее:
   а) выяснение фактов и установление, и признание индивидуальной и государственной ответственности перед жертвами и их семьями;
   б) определение необходимых мер во избежание рецидивов;
   в) содействие преследованию и/или в соответствующих случаях дисциплинарному наказанию лиц, вина которых установлена в ходе расследования, и указание на необходимость полного возмещения и компенсации со стороны государства, включая справедливую и адекватную финансовую компенсацию и предоставление средств для лечения и реабилитации.
2. Государства обеспечивают оперативное и эффективное расследование жалоб и сообщений о пытках или жестоком обращении. Даже при отсутствии явно выраженной жалобы проводится расследование, если имеются другие указания на возможное применение пыток или жестокого обращения. Лица, проводящие расследование, которые должны быть независимыми от предполагаемых виновных и учреждений, в которых они работают, должны быть компетентными и беспристрастными. Они имеют доступ к беспристрастным медицинским и другим экспертам или право привлекать их для проведения расследований. Методы, используемые при проведении таких расследований, должны удовлетворять самым высоким профессиональным стандартам, а их выводы предаются гласности.
3. а) Орган расследования имеет право и обязанность затребовать всю необходимую для проведения расследования информацию. Лица, проводящие расследование, имеют в своем распоряжении все необходимые бюджетные и технические средства для проведения эффективного расследования. Они также имеют полномочия обязывать всех лиц, действующих в официальном порядке и предположительно причастных к пыткам или жестокому обращению, явиться для дачи свидетельских показаний. Это же относится к любым свидетелям. С этой целью

орган расследования уполномочен выдавать повестки для вызова свидетелей, включая любых официальных лиц, предположительно связанных с такими деяниями, и требовать представления доказательств.

б) Предполагаемые жертвы пыток или жестокого обращения, свидетели, лица, проводящие расследование, и их семьи охраняются от насилия, угроз применения насилия или любых других форм запугивания, которые могут являться результатом расследования. Лица, которые могут быть связаны с пытками или жестоким обращением, отстраняются от любой должности, обеспечивающей контроль или власть, прямую или косвенную, в отношении истцов, свидетелей и их семей, а также лиц, проводящих расследование.

4. Предполагаемые жертвы пыток или жестокого обращения и их законные представители уведомляются о любом слушании и любой информации, относящейся к расследованию, и имеют доступ к ним, а также имеют право представлять другие доказательства.

5. а) В случаях, когда установленные процедуры расследования не удовлетворяют требованиям в силу недостаточной компетенции или предполагаемой пристрастности или же в силу явного наличия систематических злоупотреблений или по другим существенным причинам, государства обеспечивают проведение расследований с помощью независимой комиссии по расследованию или в рамках аналогичной процедуры.

В некоторых обстоятельствах соображения профессиональной этики могут требовать сохранения конфиденциальности информации. Такие соображения надлежит уважать.

Членами такой комиссии избираются лица, известные своей беспристрастностью, компетентностью и личной независимостью. В частности, они должны быть независимыми от любого предполагаемого виновного и организации или учреждения, в которых они могут работать. Комиссия имеет право затребовать всю необходимую для проведения расследования информацию и проводит расследование в соответствии с настоящими Принципами[1].

б) В течение разумного срока составляется письменный отчет, в котором указываются рамки расследования, процедуры и методы, применявшиеся для оценки доказательств, а также выводы и рекомендации, основанные на фактах и применимом законодательстве. По завершении составления отчет предается гласности. В нем должна также содержаться подробная информация о конкретных событиях, которые, как было установлено, имели место, а также доказательства, на которых основаны эти выводы, и список фамилий свидетелей, давших показания, за исключением тех из них, личность которых не была предана гласности в целях их защиты. Государство в течение разумного срока дает ответ на этот счет о расследовании и сообщает, в соответствующих случаях, какие меры будут приняты в связи с ним.

[1] См. Стамбульский протокол. «В некоторых обстоятельствах соображения профессиональной этики могут требовать сохранения конфиденциальности информации. Такие требования надлежит соблюдать.»

6. а) Медицинские эксперты, участвующие в расследовании пыток или жестокого обращения, во всех случаях действуют в соответствии с самыми высокими этическими нормами и, в частности, получают данное на основе представленной информации согласие до проведения любой экспертизы. Экспертиза должна соответствовать установленным стандартам медицинской практики. В частности, экспертиза проводится при закрытых дверях под контролем медицинского эксперта и без агентов служб безопасности и других государственных официальных лиц.

   б) Медицинский эксперт оперативно составляет точный письменный отчет, в котором указывается по крайней мере следующее:

   - обстоятельства опроса: фамилии обследуемого и фамилии лиц, присутствующих при экспертизе; точное время и число; место, характер и адрес учреждения (включая, по возможности, номер комнаты), где проводится экспертиза (например, пенитенциарный центр, клиника, дом); состояние обследуемого на момент экспертизы (например, характер любых смирительных приспособлений при прибытии или во время экспертизы, присутствие сотрудников служб безопасности во время экспертизы, поведение лиц, сопровождающих заключенного, или угрожающие заявления в адрес лица, проводящего экспертизу); и любые другие важные аспекты;
   - предыстория: подробный отчет об истории обследуемого, сообщенной в ходе опроса, включая предполагаемые методы пыток или жестокого обращения, время применения предполагаемых пыток или жестокого обращения и все жалобы на физические или психологические симптомы;
   - физическая и психологическая экспертиза: отчет обо всех физических и психологических симптомах, обнаруженных при клиническом обследовании, включая соответствующие диагностические анализы и, по возможности, цветные фотографии всех телесных повреждений;
   - заключение: мнение в отношении возможной связи обнаруженных физических и психологических симптомов с возможными пытками или жестоким обращением. Выносится рекомендация в отношении любого необходимого медицинского и психологического лечения и/или дальнейшего обследования;
   - авторство: в отчете четко указываются лица, проводящие экспертизу, и проставляются подписи.

   в) Отчет носит конфиденциальный характер и доводится до сведения обследуемого или назначенного им или ею представителя. Запрашиваются и заносятся в отчет мнения обследуемого и его или ее представителя в отношении процесса экспертизы. Отчет также представляется в письменной форме, в соответствующих случаях, органу, ответственному за расследование предполагаемых пыток или жестокого обращения. Государство обязано обеспечить его безопасное представление этим лицам. Отчет не передается любым другим лицам, кроме как на основании согласия обследуемого лица или по постановлению суда, полномочного обеспечивать такую передачу.

2.4. Клинико-диагностические признаки наиболее распространенных форм пыток

Повреждения кожного покрова

Остро возникшие телесные повреждения часто характерны для пыток, поскольку они представляют собой такой тип причиненного повреждения, который отличается от непричиненных повреждений, например своей формой, повторением и распределением на теле. Поскольку большинство повреждений заживают приблизительно в пределах шести недель после пытки, не оставляя рубцов или оставляя нехарактерные рубцы, единственным подтверждением обоснованности заявления о применении пыток может быть характерный анамнез острого возникновения повреждений и их развития до заживления. Необратимые изменения на коже вследствие тупой травмы встречаются не часто, неспецифичны и, как правило, не имеют диагностического значения. Нанесение побоев тупыми предметами обычно сопровождается продолжительным применением туго стягивающих пут, что можно установить по наличию опоясывающей полосы на предплечье или ноге, обычно в области запястья или лодыжки. В этой полосе мало волос или волосяных фолликулов, и это, вероятно, представляет одну из форм рубцовой алопеции. Альтернативного диагноза, например спонтанных заболеваний кожи, не существует, и трудно представить какую-либо травму подобного характера, полученную в повседневной жизни.

Среди острых повреждений ссадины, полученные в результате поверхностных повреждений кожи, могут иметь вид царапин, ожогов от трения или более обширных повреждений кожного покрова. Иногда расположение ссадин может дать представление о контурах орудия или поверхности, с применением которых было нанесено повреждение. Многократные или глубокие ссадины в зависимости от типа кожи могут образовать области гипо- или гиперпигментации. Это происходит на внутренней поверхности запястий, если руки были туго связаны.

Ушибы и кровоподтеки свидетельствуют о кровоизлиянии в мягкую ткань в результате разрыва кровеносных сосудов вследствие травмы, причиненной тупым предметом. Степень и тяжесть ушиба зависят не только от того, с какой силой был нанесен удар, но и от структуры и количества кровеносных сосудов в ушибленной ткани. Кровоподтеки возникают чаще в тех областях, где тонкий слой кожи покрывает кость, или в областях скопления жировой ткани. Быстрому появлению кровоподтеков или пурпуры могут способствовать многие факторы, связанные с состоянием здоровья, в том числе гиповитаминоз и недостаточность других питательных веществ. Кровоподтеки и ссадины свидетельствуют о том, что на данную область оказывалось давление тупым предметом. Однако отсутствие кровоподтека или ссадины не свидетельствует о том, что на данную область не действовала сила давления тупым предметом. Расположение и форма ушибов могут повторять контуры предмета, с помощью которого были нанесены повреждения. Например, кровоподтеки в форме поперечных полос могут возникнуть при использовании такого орудия, как дубинка или палка. О форме предмета можно судить по форме кровоподтеков. По мере рассасывания кровоподтеков цвет тканей в их области меняется. Большинство кровоподтеков первоначально имеют темно-синий, багровый или темно-красный цвет. По мере разложения гемоглобина в области кровоподтеков его цвет постепенно меняется на фиолетовый, зеленый, темно-желтый или бледно-желтый, а затем исчезает. Однако очень трудно определить точ-

ную дату появления кровоподтеков. При некоторых типах кожи кровоподтеки могут привести к гиперпигментации, которая способна сохраняться в течение нескольких лет. Ушибы, развивающиеся в более глубоких подкожных тканях, могут проявиться лишь через несколько дней после травмы, когда кровоизлияние достигнет поверхности кожи. В тех случаях, когда заявление о пытке подано, но кровоподтеки отсутствуют, жертву следует повторно обследовать через несколько дней. Необходимо учитывать, что окончательное положение и форма кровоподтеков не имеют никакой связи с первоначальной травмой и что некоторые повреждения ко времени повторного обследования могли постепенно исчезнуть.

Надрывы, разрыв или размозжение кожи и подкожных мягких тканей в результате давления, оказываемого твердым тупым предметом, быстро образуются на выступающих частях тела, поскольку происходит сдавливание кожи между этим тупым предметом и поверхностью кости, находящейся под подкожными тканями. Однако при воздействии достаточно большой силы разрыв кожи может произойти на любой части тела. Асимметричные рубцы, рубцы в необычных участках и диффузное распространение рубцевания – все это говорит о преднамеренном нанесении повреждения.

Рубцы, возникшие вследствие порки, представляют собой зажившие рваные раны. Эти рубцы депигментированы и часто гипертрофированы, а также окружены узкими гиперпигментированными полосами. Единственным дифференциальным диагнозом является растительный дерматит, однако он характеризуется преобладанием гиперпигментации и более короткими рубцами. Напротив, симметричные, атрофические, депигментированные линейные изменения в области живота, подмышечных впадин и ног, которые иногда объявляются последствиями пыток, представляют собой атрофические полосы кожи, вызванные растяжением, и обычно не связаны с пытками.

Ожоги являются той формой пыток, которая чаще всего оставляет необратимые изменения на коже. Иногда такие изменения могут иметь диагностическую ценность. Ожоги сигаретами часто оставляют круглые или овальные рубцы в виде пятен длиной 5-10 мм с гипер- или гипопигментированным центром и гиперпигментированной сравнительно нечеткой периферией. В связи с пытками сообщалось также о выжигании татуировок с помощью сигарет. При постановке диагноза помогут характерная форма образовавшегося в результате этого рубца и любые остатки татуировки. После прижигания раскаленным предметом остаются рубцы выраженного атрофического характера, соответствующие форме применявшегося предмета с четкой границей в виде узких гипертрофированных или гиперпигментированных краевых зон, соответствующих первоначальной зоне воспаления. Такой след может оставить, например, ожог от нагретого электрическим током металлического прута или от газовой зажигалки. При наличии множества рубцов трудно провести дифференциальную диагностику.

При спонтанно возникших воспалительных процессах характерные краевые зоны отсутствуют, и лишь в редких случаях встречается выраженная потеря ткани. Ожоги могут привести к развитию гипертрофированных или келоидных рубцов, таких, как после ожога, вызванного горящей резиной.

В случае ожога ногтевого ложа при последующем росте ногтей появляются расслоившиеся, тонкие, деформированные ногти, иногда сломанные по продольным сегментам. Если ноготь был вырван, то из проксимального ногтевого валика может происходить чрезмерное разрастание ткани, ведущее к образованию птеригиума ногтя. Единственным дифференциальным диагнозом могут быть изменения в ногте, вызван-

ные плоским лишаем, но они обычно сопровождаются обширным повреждением кожи. С другой стороны, для грибковых инфекций характерны утолщенные, желтоватые, крошащиеся ногти, в отличие от упомянутых выше изменений.

Раны вследствие повреждения острым предметом образуются в том случае, когда кожа разрезается такими острыми предметами, как нож, штык или осколок стекла, и включают колотые или резаные раны. То, что раны были нанесены острым предметом, обычно легко установить по неравномерному расположению рваных ран и рубцов (при более позднем обследовании), которое может служить отличительным признаком. Равномерный характер небольших рубцов после резаных ран может быть следствием действий народных целителей. Если в открытые раны сыплют перец или вносят другие разъедающие вещества, рубцы могут стать гипертрофическими. Асимметричное расположение и различные размеры рубцов, вероятно, имеют существенное значение при диагностике пытки.

Переломы

Переломы нарушают целостность кости в результате механического воздействия с применением тупого твердого предмета в различных векторных плоскостях. Прямой перелом происходит в участке удара или в участке приложения силы. Локализация, форма и другие характеристики перелома отражают сущность и направление действующей силы. Иногда по рентгенографической картине перелома можно отличить перелом, полученный в результате несчастного случая. Рентгенографическое определение даты сравнительно свежих переломов должно производиться опытным рентгенологом-травматологом. При оценке характера и времени, прошедшего с момента повреждений вследствие тупой травмы, следует избегать гипотетических суждений, поскольку повреждения могут варьироваться в зависимости от возраста, пола, свойств тканей, состояния здоровья пациента и тяжести травмы. Например, более молодые практически здоровые люди с развитой мускулатурой более устойчивы к образованию кровоподтеков, чем более пожилые болезненные люди.

Травма головы

Нанесение травм головы является одной из наиболее распространенных форм пытки. В случаях неоднократной травмы головы, пусть даже не всегда тяжелой, могут наступить атрофия коры головного мозга и диффузное повреждение аксонов. В случаях травмы в результате падения могут наблюдаться повреждения мозга вследствие гидравлического противоудара (в области, противоположной месту травмы). В то же время в случае прямой травмы сотрясение мозга может наблюдаться непосредственно под травмированной областью. На волосистой коже головы кровоподтеки часто не заметны, если только нет отека. У темнокожих людей может быть сложно увидеть кровоподтеки, но при пальпации будет отмечена болезненность.

После получения ударов по голове жертва пытки может жаловаться на постоянные головные боли. Эти боли часто имеют соматическое происхождение или могут носить иррадиирущий характер из области шеи. Жертва может жаловаться на то, что при прикосновении к этой области она испытывает боль, и с помощью пальпации волосистой кожи головы можно обнаружить рассеянную или локализованную припухлость либо уплотнение. При наличии рваных ран волосистой кожи головы можно заметить рубцы.

Головная боль может быть первым симптомом распространяющейся субдуральной гематомы. Это может быть связано с острым началом изменений психического состояния, и необходимо срочно провести компьютерно-томографическое сканирование.

Отек или кровоизлияние в мягкие ткани, как правило, выявляются с помощью компьютерно-томографической или магнитно-резонансной визуализации. Может также быть целесообразно организовать проведение психологической или нейропсихиатрической экспертизы

Сильное встряхивание как форма пытки может вызвать повреждение головного мозга без каких-либо внешних следов, хотя на верхней части грудной клетки или на плечах после захвата руками жертвы или ее одежды могут остаться кровоподтеки . В самом тяжелом случае встряхивание может вызвать повреждения, аналогичные тем, которые наблюдаются при синдроме встряхивания ребенка: отек головного мозга, субдуральная гематома и кровоизлияние в сетчатку. Но чаще всего жертвы жалуются на рецидивирующие головные боли, потерю ориентации или изменения психического состояния. Каждый эпизод встряхивания, как правило, длится недолго, лишь несколько минут или еще меньше, но может повторяться многократно на протяжении нескольких дней или недель.

Травма грудной клетки и живота

Частым следствием нанесения ударов по грудной клетке являются переломы ребер. В случае смещения такие переломы могут привести к разрыву легкого и к пневмотораксу. Нанесение прямого удара тупым предметом может привести к переломам ножек позвонков.

В случаях острой травмы живота во время физикального обследования следует искать доказательства повреждения органов брюшной полости и мочевого тракта. Однако обследование часто дает отрицательные результаты. Наиболее существенным признаком ушиба почки является макрогематурия. Перитонеальный лаваж может выявить скрытое кровотечение в брюшной полости. Наличие свободной жидкости в брюшной полости, выявленное с помощью компьютерной томографии после перитонеального лаважа, может быть вызвано лаважем или кровотечением, что нивелирует результаты исследования. В отличие от острого кровоизлияния в центральной нервной системе (ЦНС), которое характеризуется повышенной интенсивностью, при компьютерной томографии острое внутрибрюшное кровотечение обычно имеет одинаковую интенсивность или выявляется плотность, равная плотности воды. Признаками повреждения органов могут быть свободный воздух, внепросветная жидкость, которые могут представлять собой отек, ушиб, кровоизлияние или разрыв. Одним из признаков острого травматического или нетравматического панкреатита является отек вокруг поджелудочной железы. Для выявления субкапсулярных гематом селезенки необходимо проведение ультразвукового исследования. После тяжелых побоев может развиться острая почечная недостаточность, вызванная синдромом раздавливания. Поздним осложнением повреждения почки может стать почечная гипертония.

Нанесение ударов по ступням

«Фаланга» – самый распространенный термин, обозначающий повторное нанесение тупой травмы ступней (либо, реже, кистей рук или бедер), обычно с применением дубинки, обрезка трубы или аналогичного орудия. Самым тяжелым осложнением «фаланги» яв-

ляется синдром закрытого отсека, который может вызвать мышечный некроз, обструкцию сосудов или гангрену дистальной части стопы или пальцев стопы. Поскольку повреждения обычно ограничиваются мягкими тканями, предпочтительными методами рентгенографического документирования повреждений являются компьютерно-томографическая или магнитно-резонансная визуализация, однако необходимо подчеркнуть, что в острой фазе для установления диагноза должно проводиться физикальное обследование. «Фаланга» может привести к хронической нетрудоспособности. Ходьба может быть болезненной и затрудненной. Кости предплюсны могут стать фиксированными (спастичными) или приобрести повышенную подвижность. Сжатие основания стопы (подошвы) и сгибание большого пальца стопы вверх могут вызывать боль. При пальпации может возникать болезненное ощущение по всей длине подошвенного апоневроза, и дистальные участки прикрепления апоневроза могут быть частично оборваны у основания проксимальных фаланг и частично на коже. Апоневроз перестанет нормально сокращаться, затрудняя ходьбу, а затем может последовать мышечная усталость. Пассивное разгибание большого пальца стопы может выявить разрыв апоневроза. Если апоневроз не поврежден, то при сгибании большого пальца стопы вверх до 20 градусов пациент должен ощущать начало напряжения апоневроза; максимальное нормальное разгибание составляет около 70 градусов. Более высокие показатели свидетельствуют о повреждении участков прикрепления апоневроза. С другой стороны, ограниченное сгибание вверх и боль при чрезмерном разгибании большого пальца стопы свидетельствуют о ригидности большого пальца стопы, что является результатом дорсального остеофита на одной либо обеих головках первой плюсневой кости или у основания проксимальной фаланги большого пальца стопы.

Могут возникнуть многочисленные осложнения и синдромы:

1. *Синдром закрытого отсека.* Это самое тяжелое осложнение. Отек в закрытом отсеке приводит к обструкции сосудов и мышечному некрозу, в результате чего могут наступить фиброз, контрактура или гангрена дистального отдела стопы или пальцев стопы. Этот синдром обычно диагностируется путем измерения давления в отсеке.
2. *Размозжение мягких тканей пятки и передних подушечек стопы.* Эластичные подушечки под пяточной костью и проксимальными фалангами пальцев стопы во время «фаланги» подвергаются размозжению либо непосредственно, либо в результате связанного с травмой отека. Кроме того, разрываются тяжи соединительной ткани, проходящие через жировую ткань и скрепляющие кость с кожей. Жировая ткань лишается кровоснабжения и атрофируется. Амортизирующий эффект утрачивается, и стопы больше не поглощают напряжение, возникающее при ходьбе.
3. *Жесткие и неравномерные рубцы, захватывающие кожу и подкожные ткани стопы после «фаланги».* На здоровой стопе кожная и подкожная ткани скреплены с подошвенным апоневрозом плотно прилегающими тяжами соединительной ткани. Однако эти тяжи могут быть частично или полностью разрушены вследствие отека, который после «фаланги» разрывает эти тяжи.
4. *Разрыв подошвенного апоневроза и сухожилий стопы.* Отек после «фаланги» может привести к разрыву этих структур. При исчезновении поддерживающей функции, необходимой для свода стопы, становится труднее ходить, а мышцы стопы, особенно длинная квадратная мышца, подвергаются избыточной нагрузке.
5. *Подошвенный фасцит*. Он может развиться в виде дальнейшего осложнения этой травмы. В случае применения «фаланги» раздражение часто охватывает весь

апоневроз, вызывая хронический апоневрозит. В исследованиях по этому вопросу отмечалось, что у заключенных, которые были выпущены на свободу после 15 лет содержания под стражей и заявили о том, что при первоначальном аресте они подвергались пытке «фаланга», при сканировании в гиперактивных точках пяточной или плюсневой костей получены положительные результаты.

Травмы, полученные в результате применения «фаланги», часто могут быть подтверждены с помощью таких рентгенологических методов, как магнитно-резонансная визуализация, компьютерно-томографическое сканирование и ультразвуковое исследование. Положительные результаты рентгенологического обследования могут быть вызваны другими заболеваниями или травмами. Для первоначального обследования рекомендуются обычные рентгенограммы. Предпочтительным методом рентгенологического исследования с целью выявления повреждения мягких тканей является магнитно-резонансная визуализация. Магнитно-резонансная визуализация или сцинтиграфия могут выявить повреждение кости в виде кровоподтека, которое нельзя обнаружить с помощью обычных рентгенограмм или компьютерной томографии.

Подвешивание

Подвешивание является распространенной формой пытки, которая может причинять сильную боль, но оставляет мало или почти не оставляет видимых доказательств травмы. Лицо, все еще находящееся в заключении, вряд ли признается в том, что подвергалось пытке, однако выявление нарушения функции периферических нервов, свидетельствующего о повреждении плечевого сплетения, практически подтверждает диагноз применения пытки подвешиванием. Подвешивание может применяться в различных формах:

- подвешивание «на кресте». Жертву подвешивают за руки, разведенные в стороны и привязанные к горизонтальной балке;
- подвешивание в виде туши. Жертву подвешивают за поднятые вверх кисти рук – или за обе, или за каждую поочередно;
- подвешивание в виде туши вниз головой. Жертву подвешивают за стопы вниз головой;
- «палестинское» подвешивание. Жертву подвешивают за предплечья, связанные за спиной и привязанные к горизонтальной балке, при этом локти согнуты на 90 градусов. Еще один способ заключается в том, что заключенного подвешивают за веревку, завязанную вокруг локтей или запястий, причем руки заведены за спину;
- подвешивание на «жердочке для попугая». Жертву подвешивают за согнутые колени к балке, проходящей под коленями, при этом запястья обычно привязывают к лодыжкам.

Подвешивание может длиться от 15-20 минут до нескольких часов. «Палестинское» подвешивание способно в течение короткого периода вызвать хроническое повреждение плечевого сплетения. Подвешивание на «жердочке для попугая» может привести к разрыву крестовидных связок коленных суставов. Жертвы, находясь в подвешенном состоянии, часто подвергаются избиениям или жестокому обращению в иных формах. При переходе в хроническую стадию обычно сохраняются боль и болезненные ощущения при пальпации в области плечевых суставов, и через много лет поднятие тяжести и вращение, особенно внутреннее, будут причинять сильную боль. Осложнения в острый период после подвешивания выражаются в слабости мышц предплечий или кистей рук, боли и па-

растезиях, онемении, потере чувствительности к прикосновению, поверхностной боли и потере сухожильных рефлексов. Интенсивная глубокая боль может скрывать мышечную слабость. В хронической стадии слабость может сохраняться и прогрессировать вплоть до мышечной атрофии. Наблюдается онемение, а чаще парастезия. Поднятие рук вверх или поднятие тяжести может вызывать боль, онемение или слабость. Помимо неврологической травмы могут наблюдаться разрывы связок плечевых суставов, смещение лопатки и повреждение мышц в плечевой области. При визуальном осмотре спины можно заметить «крыловидную лопатку» (выступающую часть лопатки, граничащую с позвоночником) с повреждением длинного грудного нерва или смещением лопатки.

Неврологические повреждения в области предплечий обычно имеют асимметричный характер. Повреждение плечевого сплетения проявляется в нарушении двигательной функции, чувствительности и рефлексов.

1. Исследование двигательной функции. Наиболее вероятным результатом является асимметричная мышечная слабость, более выраженная в дистальных отделах. Острая боль может затруднять интерпретацию результатов исследования мышечной силы. В случае тяжелого повреждения в хронической стадии может наблюдаться мышечная атрофия.
2. Исследование чувствительности. Часто наблюдается полная потеря чувствительности или парастезии по ходу сенсорных путей нервных стволов. Необходимо провести исследование восприятия положения тела в пространстве, способности различать две точки, реакции на булавочный укол и восприятия тепла и холода. Если по крайней мере через три недели имеется потеря или ослабление рефлексов, то соответствующие электрофизиологические исследования должен провести невропатолог, имеющий опыт использования и интерпретации этих методик.
3. Исследование рефлексов. Могут наблюдаться потеря, ослабление рефлексов или их различие на двух конечностях. В случае «палестинского» подвешивания, даже если травмированы оба плечевых сплетения, может развиться асимметричная плексопатия в зависимости от способа подвешивания жертвы и от того, какая рука находится сверху, или от метода связывания. Хотя данные исследований свидетельствуют о том, что патология плечевого сплетения обычно наблюдается с одной стороны, это не соответствует нашим данным о часто встречающемся двустороннем повреждении.

Из тканей плечевой области плечевое сплетение является структурой, которая наиболее чувствительна к повреждению при растяжении. «Палестинское» подвешивание ведет к повреждению плечевого сплетения вследствие принудительного разгибания рук сзади. Как отмечалось, при типичном «палестинском» подвешивании, когда тело подвешивается за руки при их чрезмерном разгибании назад, если на сплетение действует достаточно большая сила, то обычно повреждаются, соответственно, волокна нижнего, среднего, а затем верхнего отдела сплетения. В случае подвешивания в виде «распятия», которое все же не сопряжено с чрезмерным разгибанием, первыми, скорее всего, будут повреждены волокна среднего отдела сплетения вследствие чрезмерного отведения рук в стороны. Повреждения плечевого сплетения можно разделить на следующие категории:

1. Повреждение нижнего отдела сплетения. Выпадения функции локализуются в мышцах предплечья и кисти. Снижение чувствительности может наблюдаться

на предплечье и у четвертого и пятого пальцев на медиальной стороне кистей в участке распределения иннервации локтевого нерва.

2. Повреждение среднего отдела сплетения. Поражаются мышцы предплечья и разгибатели локтевых суставов и пальцев.
3. Пронация предплечья и радиальное сгибание кисти могут быть слабыми. Снижение чувствительности наблюдается в области предплечья и дорсальной стороны первого, второго и третьего пальцев кисти в области распределения иннервации лучевого нерва. Могут быть утрачены рефлексы трехглавой мышцы.
4. Повреждение верхнего отдела сплетения. Особенно повреждаются мышцы плечевой области. Отведение плеча, его осевое вращение и пронация-супинация предплечья могут быть ограничены. В области дельтовидной мышцы отмечается сниженная чувствительность, которая может распространиться на руку и наружные части предплечья.

Другие пытки положением

Существует много видов пыток положением, и при всех них жертву связывают или фиксируют в искривленном, чрезмерно разогнутом или в другом неестественном положении, которое причиняет сильную боль и может привести к повреждению связок, сухожилий, нервов и кровеносных сосудов. Характерно, что, несмотря на последующую, зачастую тяжелую, хроническую инвалидизацию, эти виды пыток почти не оставляют внешних следов или рентгенологических свидетельств.

Все пытки положением воздействуют на сухожилия, суставы и мышцы. Существуют различные методы: «подвешивание в виде попугая», «положение банана» или классическая «банановая связка» на стуле или просто на земле, «мотоцикл», принудительное стояние, принудительное стояние на одной ноге, длительное стояние у стены с вытянутыми в стороны и вверх руками, принудительное длительное сидение на корточках и вынужденное неподвижное положение в тесной клетке. В зависимости от особенностей этих положений пациенты, как правило, жалуются на боль в какой-либо области тела, ограниченную подвижность суставов, боль в спине, боль в кистях рук или шейных участках и отек нижних частей ног. В отношении этих форм пыток положением применяются такие же принципы обследования нервной и костно-мышечной системы, как и при подвешивании. Предпочтительным методом рентгенологического обследования для оценки повреждений, связанных со всеми видами пыток, является магнитно-резонансная томография.

Пытка при помощи электрического тока

Электрический ток подается через электроды, помещенные на любой части тела. Такими частями тела чаще всего являются кисти рук, стопы, пальцы рук и стоп, уши, соски, рот, губы и области половых органов. Источником электроэнергии могут быть генератор, запускаемый вручную или двигателем внутреннего сгорания, настенная розетка, электроглушитель для скота, электропогонялка для скота и другие электроприборы. Электрический ток проходит кратчайшим путем между двумя электродами. При его подаче возникают характерные симптомы. Например, если электроды помещаются на палец правой стопы и на область половых органов, то возникают боль, сокращение мышц и начинаются судороги в мышцах правого бедра и в икроножной мышце правой ноги. В области половых органов ощущается мучительная боль. Поскольку все мышцы

на пути прохождения электрического тока находятся в состоянии судорожного сокращения, при умеренно высоком токе могут произойти вывих плеча и радикулопатии поясничного и шейного отделов. Однако при физикальном обследовании жертвы невозможно с уверенностью определить разновидность энергии, время применения, силу тока и напряжение. Часто, для того чтобы повысить эффективность пытки, расширить участок входа электрического тока на теле и избежать выявляемых электрических ожогов, палачи используют воду или гели. Следы от электрического ожога обычно представляют собой повреждения бурого цвета и округлой формы диаметром 1-3 мм, как правило, без воспаления, которые могут привести к образованию гиперпигментированного рубца. Следует внимательно осмотреть кожную поверхность, поскольку часто такие повреждения нелегко выявить. Решение о проведении биопсии недавних повреждений для доказательства их происхождения является спорным. Электрические ожоги могут вызывать специфические гистологические изменения, но они не всегда могут быть обнаружены, и отсутствие изменений никоим образом не свидетельствует против того, что данное повреждение является электрическим ожогом. Решение относительно того, могут ли боль и неприятные ощущения, связанные с биопсией кожи, оправдываться возможными результатами этой процедуры, следует принимать в каждом конкретном случае.

Пытки воздействием на зубы

Пытки воздействием на зубы могут заключаться в выбивании, удалении зубов или проводиться посредством подачи на зубы электрического тока. Они могут привести к потере или ломке зубов, отеку десен, кровотечению, боли, гингивиту, стоматиту, переломам нижней челюсти или выпадению пломб из зубов. Синдром височно-нижнечелюстного сустава вызывает боль в этом суставе, ограничение подвижности челюсти и, в некоторых случаях, подвывих этого сустава вследствие мышечных спазмов в результате применения электрического тока или ударов в лицо.

Удушение

Все более распространенным методом пытки становится доведение до состояния, близкого к удушению. Оно, как правило, не оставляет следов, а восстановление протекает быстро. Этот метод пытки получил в Латинской Америке столь широкое распространение, что его испанское название – «субмарина» – вошло в лексику по вопросам прав человека. Способы могут быть различными: надевание целлофанового пакета на голову, закрытие рта и носа, сдавливание или затягивание лигатуры вокруг шеи либо принуждение к вдыханию пыли, цемента, жгучего перца и т.д. Этот метод также известен под названием «сухой субмарина». Могут развиться различные осложнения, такие, как точечные кровоизлияния на коже, носовое кровотечение, кровотечение из ушей, гиперемия лица, инфекции в ротовой полости и острые или хронические дыхательные расстройства. Насильственное погружение головы в воду, часто загрязненную мочой, фекалиями, рвотными массами или другими нечистотами, может привести к состоянию, близкому к утоплению, или к утоплению. Проникновение воды в легкие может привести к пневмонии. Эта форма пытки называется «мокрый субмарина». При повешении или удушении с помощью других методов странгуляции на шее часто можно обнаружить фигурные ссадины или синяки. Вследствие частичной странгуляции или ударов по шее могут быть сломаны подъязычная кость и гортанный хрящ.

Пытки сексуального характера, включая изнасилование

Пытки сексуального характера начинаются с принуждения обнажиться, которое во многих странах постоянно сопутствует пыткам. Именно в обнаженном и беспомощном состоянии человек острее всего ощущает свою беззащитность. Нагота усиливает страх перед каждым элементом пытки, поскольку всегда существует вероятность стать жертвой жестокого обращения, изнасилования или содомии. Кроме того, частью сексуальной пытки являются словесные угрозы, оскорбления и насмешки сексуального характера, поскольку они усугубляют унижение и его оскорбительные аспекты, что является неотъемлемой частью этой процедуры. Грубое ощупывание женщин во всех случаях травмирует их и считается пыткой.

Существуют некоторые различия между сексуальной пыткой мужчин и сексуальной пыткой женщин, однако ряд проблем имеет отношение к представителям обоих полов. Изнасилование всегда связано с риском развития заболеваний, передаваемых половым путем, в частности вируса иммунодефицита человека (ВИЧ). В настоящее время единственный эффективный метод профилактики ВИЧ-инфекции должен использоваться в пределах нескольких часов после инцидента. В большинстве случаев пытки сопряжены с элементом сексуальной похоти, а в других случаях пытки применяются к половым органам. Мужские половые органы часто являются объектом для пытки электричеством или нанесения ударов при дополнительной пытке с воздействием на область анального отверстия или без нее. Полученная в результате физическая травма усугубляется словесными оскорблениями. Лицам мужского пола часто угрожают тем, что они перестанут быть мужчинами, и последующей утратой уважения в обществе. Заключенных в нарушение культурных запретов могут помещать в камеру обнаженными вместе с членами семьи, друзьями или с абсолютно незнакомыми людьми. Их положение может усугубляться невозможностью уединиться при пользовании туалетом. Кроме того, заключенных могут заставлять совершать друг над другом сексуальное насилие, с чем особенно трудно справиться в эмоциональном плане. Страх женщин перед возможным изнасилованием, с учетом связанного с изнасилованием позора, определяемого социальными нормами, может усугубить полученную травму. Не следует пренебрегать травмой, касающейся возможности забеременеть, что, естественно, не относится к мужчинам, и страхом перед потерей девственности и способности иметь детей (даже если факт изнасилования можно скрыть от потенциального мужа и остальных членов общества).

Если в случаях сексуального насилия жертва в силу социально-культурных условий или по личным причинам не желает, чтобы этот факт стал достоянием гласности, врач, проводящий медицинское обследование, учреждения, занимающиеся расследованием, и суды обязаны содействовать соблюдению права жертвы на неприкосновенность личной жизни. Для установления взаимопонимания с жертвами пыток, которые недавно подверглись сексуальному насилию, требуются специальная психологическая подготовка и надлежащая психологическая поддержка. Следует избегать любых действий, которые могли бы усилить психическую травму, нанесенную пережившему пытку лицу. Прежде чем начать обследование, у пациента следует получить разрешение на обследование любого рода, и это разрешение должно быть подтверждено жертвой перед наиболее интимными этапами обследования. Пациент должен получить четкую и полную информацию о значении обследования и о его возможных результатах.

Анализ симптомов

Имеются некоторые специфические вопросы, относящиеся лишь к заявлению о сексуальном насилии. Они касаются выявления имеющихся в настоящее время симптомов, возникших в результате недавнего насилия, например кровотечения, выделений из влагалища или заднего прохода, а также локализации боли, кровоподтеков или ран. В случаях сексуального насилия, имевшего место в прошлом, вопросы должны быть направлены на выявление продолжающихся симптомов, вызванных этим насилием, таких, например, как частота мочеиспускания, недержание мочи или расстройство мочеиспускания, нерегулярность менструаций, последующий анамнез беременностей, выкидышей или вагинального кровотечения, нарушения половой функции, в том числе боль при половых сношениях или в анальном отверстии, кровотечение, запор или недержание кала.

В идеале следует обеспечить надлежащие материальные и технические условия для соответствующего обследования ставших жертвами сексуального насилия лиц группой опытных психиатров, психологов, гинекологов и медицинских сестер, подготовленных к обследованию и лечению лиц, переживших пытки сексуального характера. Дополнительной целью консультации после сексуального насилия является обеспечение поддержки и, если нужно, утешения. Эта консультация должна охватывать такие вопросы, как заболевания, передаваемые половым путем, ВИЧ-инфекция, беременность, если жертва является женщиной, и необратимый физический ущерб, поскольку палачи часто говорят жертвам, что те уже никогда не смогут жить нормальной половой жизнью, и эта угроза может осуществиться.

Обследование после недавнего насилия

Жертву изнасилования, имевшего место во время пытки, редко освобождают, когда еще можно выявить признаки недавнего насилия. В подобных случаях следует учитывать многие факторы, которые препятствуют медицинскому освидетельствованию. Жертвы недавнего насилия могут испытывать беспокойство и замешательство в отношении обращения за медицинской или юридической помощью из-за страха, социально-культурных особенностей или разрушительного характера насилия. В таких случаях врачу/эксперту следует объяснить жертве все возможные медицинские и правовые аспекты и действовать в соответствии с пожеланиями жертвы. В обязанности врача/эксперта входит получение добровольного осознанного согласия на обследование, регистрация всех медицинских данных о насилии. В обязательном порядке врач должен как можно быстрее направить жертву на судебно-медицинскую экспертизу, при которой экспертом будет проведено взятие образцов для судебно-медицинской экспертизы. По мере возможности обследование должно проводиться экспертом по освидетельствованию жертв сексуального насилия. При отсутствии такого эксперта врач, проводящий обследование, должен проконсультироваться у эксперта или ознакомиться с авторитетными трудами по клинической судебной медицине. Если врач/эксперт иного пола, чем жертва, то последней следует предложить возможность присутствия в помещении лица того же пола. В случае использования услуг переводчика последний может также выполнять роль такого лица. Поскольку расследование случаев сексуального насилия носит деликатный характер, родственник жертвы, как правило, не подходит для этой роли. Пациент перед обследованием должен быть спокойным и расслабленным. Следует провести тщательное физикальное обследование, включая подробную документальную регистрацию всех

его результатов, в том числе размера, локализации и цвета очагов поражения, и, по мере возможности, необходимо сфотографировать эти результаты и собрать доказательства в виде проб, полученных во время обследования.

Физикальное обследование не рекомендуется начинать с области половых органов. Следует отметить любые аномалии. Особое внимание нужно уделить тщательному обследованию кожного покрова на предмет выявления повреждений, которые могут быть следствием насилия. К ним относятся ушибы, рваные раны, кровоподтеки и петехии от засосов или укусов. Такой осмотр поможет пациенту в большей мере расслабиться для полного обследования. Если повреждения половых органов минимальны, то наиболее существенным доказательством насилия могут быть повреждения других частей тела. Во время обследования женских половых органов даже непосредственно после изнасилования выявляемые повреждения наблюдаются менее чем в 50 процентах случаев. Анальное обследование мужчин и женщин после анального изнасилования позволяет выявить повреждения менее чем в 30% случаев. Очевидно, что, если во время пыток во влагалище или в задний проход вводились сравнительно крупные предметы, вероятность выявления повреждений существенно выше.

Необходимо связаться с судебно-медицинской лабораторией перед обследованием для обсуждения вопроса о том, исследование каких видов проб можно провести и, соответственно, какие пробы рекомендуется брать и каким образом.

Если эксперт не имеет доступа к лаборатории, то тем не менее может быть целесообразным взять пробы с помощью влажных тампонов, а затем высушить их на воздухе. Позднее эти образцы можно использовать для анализа ДНК. Сперму можно выявить в течение срока до пяти дней с момента взятия проб с помощью глубокого влагалищного тампона и в течение срока до трех дней после взятия проб из прямой кишки. Необходимо соблюдать строгие меры предосторожности для предотвращения заявлений о перекрестном загрязнении при взятии проб у нескольких отдельных жертв, в особенности если они взяты и у предполагаемых насильников. Следует обеспечить полную защиту и документальную регистрацию цепочки хранения всех судебно-медицинских образцов.

Обследование спустя некоторое время после насилия

Если после предполагаемого насилия прошло больше недели и нет никаких признаков ушибов или разрывов, то уменьшается необходимость безотлагательного проведения обследования тазовых органов. Можно уделить время поискам наиболее квалифицированного специалиста для документальной регистрации данных и наилучших условий для опроса соответствующего лица. Тем не менее, возможно, было бы все же полезным надлежащим образом сфотографировать остаточные повреждения.

Следует зарегистрировать исходные данные, как описано выше, а затем провести обследование и документальную регистрацию данных общего физикального обследования. У женщин, рожавших до изнасилования, а особенно у тех, кто рожал после этого, вероятность получения специфических данных отсутствует, хотя опытный врач может многое определить по поведению женщины, рассказывающей свою историю. Может пройти некоторое время, прежде чем жертва захочет обсуждать те аспекты пытки, которые он или она считают самыми постыдными. Аналогичным образом, пациент может пожелать отложить наиболее интимную часть обследования до следующей консультации, если время и обстоятельства это позволяют.

Последующее наблюдение

При сексуальном насилии могут передаваться многие инфекционные заболевания, в том числе такие передаваемые половым путем заболевания, как гонорея, хламидиоз, сифилис, ВИЧ-инфекция, гепатит B и C, простой герпес и condyloma acuminatum (остроконечная кондилома), вульвовагинит, связанный с сексуальным насилием, такой как трихомониаз, moniliasis vaginitis, gardenarella vaginitis и enterobius vermicularis (острица), а также инфекционные заболевания мочевыводящих путей.

Во всех случаях сексуального насилия следует назначать соответствующие лабораторные исследования и лечение. Применительно к гонорее и хламидиозу следует, по крайней мере в целях обследования, учитывать возможность сопутствующей инфекции ануса или ротоглотки. В случаях сексуального насилия необходимо получить первоначальные культуры и провести серологические исследования, а затем начать соответствующее лечение. Для лиц, ставших жертвами пыток, характерно нарушение половой функции, в особенности для тех из них, кто подвергся сексуальной пытке или изнасилованию, хотя и не только для них. Симптомы по своему происхождению могут быть физическими или психологическими либо их комбинацией и включают:

- отвращение к лицам противоположного пола или снижение интереса к половой активности;
- страх перед половой активностью, связанный с тем, что сексуальный партнер может узнать, что данное лицо подверглось сексуальному насилию, или боязнь того, что был причинен ущерб в половой сфере. Возможно, лица, применявшие пытку, прибегали к подобным угрозам и вселили страх перед гомосексуализмом мужчинам, подвергшимся анальному изнасилованию. У некоторых гетеросексуальных мужчин во время насильственного анального полового сношения происходит эрекция, а иногда и эякуляция. Их следует заверить в том, что это лишь физиологическая реакция;
- неспособность доверять сексуальному партнеру;
- нарушение полового возбуждения и нарушение эрекции;
- диспареунию (болезненные ощущения при половом сношении у женщин) или бесплодие вследствие приобретенного заболевания, передаваемого половым путем, непосредственной травмы репродуктивных органов или неквалифицированно выполненных абортов при беременности после изнасилования.

Обследование половых органов у женщин

Во многих культурах абсолютно недопустимо никакое проникновение во влагалище женщины, являющейся девственницей, в том числе с использованием зеркала, пальца или тампона. Если результаты внешнего осмотра женщины явно свидетельствуют об изнасиловании, то, вероятно, нет необходимости проводить внутритазовое обследование. В результате обследования половых органов могут быть обнаружены:

- небольшие надрывы или разрывы вульвы. Они могут возникнуть остро и являются следствием чрезмерного растяжения. Обычно они заживают полностью, но при повторных травмах может произойти образование рубцов;

- ссадины на женских половых органах. Ссадины могут возникнуть вследствие контакта с такими царапающими объектами, как ногти или кольца;
- надрывы влагалища. Эти повреждения встречаются редко, но если они имеются, то могут быть связаны с атрофией тканей или с предшествующей операцией. Их невозможно отличить от разрезов в результате введения острых предметов.

При обследовании женских половых органов более чем через неделю после насилия редко удается обнаружить какие-либо физические доказательства. Позднее, после дальнейшей добровольной или принудительной половой активности женщины или после родов, может оказаться почти невозможным отнести какие-либо данные на счет конкретного случая инкриминируемого насилия. Поэтому самым важным компонентом медицинской экспертизы будет оценка экспертом исходной информации (например, соответствия между заявлениями о насилии и остро возникшими повреждениями, наблюдаемыми обследующим) и поведения данного лица с учетом культурного контекста пережитого данной женщиной.

Обследование половых органов у мужчин

Мужчины, подвергшиеся пытке с воздействием на область половых органов, включая сдавливание, выкручивание или вытягивание мошонки, либо прямой травме в этой области, обычно в остром периоде жалуются на боль и болезненную чувствительность. Могут быть обнаружены гиперемия, выраженный отек и подкожная гематома. Моча может содержать большое количество эритроцитов и лейкоцитов. В случае обнаружения какого-либо объемного образования следует определить, является ли это водянкой яичка, гематоцеле или паховой грыжей. Если это паховая грыжа, то эксперт не сможет пальпировать семенной канатик над этим объемным образованием. Если это водянка яичка или гематоцеле, то над этим объемным образованием обычно пальпируются нормальные структуры семенного канатика. Водянка яичка образуется в результате избыточного скопления жидкости между вагинальной оболочкой яичка вследствие воспаления яичка и его придатков или уменьшенного дренирования вследствие обструкции лимфатических или венозных сосудов в канатике или в забрюшинном пространстве. Гематоцеле представляет собой скопление крови внутри вагинальной оболочки яичка вследствие травмы. В отличие от водянки яичка гематоцеле не просвечивается.

Травма мошонки может также вызвать перекрут яичка. При таком повреждении яичко перекручивается у основания, в результате чего блокируется приток крови к яичку. Это вызывает острую боль и отек и требует неотложного хирургического вмешательства. Если перекрут не удается немедленно устранить, это приводит к инфаркту яичка. В условиях содержания под стражей, когда может быть отказано в медицинской помощи, могут наблюдаться поздние осложнения этого повреждения.

Лица, подвергшиеся пытке с воздействием на область мошонки, могут страдать хронической инфекцией мочевыводящих путей, нарушением эректильной функции или атрофией яичек. Нередки симптомы посттравматического стрессового расстройства. На хронической стадии может быть уже невозможно отличить мошоночную патологию, вызванную пыткой, от мошоночной патологии вследствие других заболеваний. Если полное урологическое обследование не выявило каких-либо физикальных отклонений, это позволяет предположить, что урологические симптомы, импотенция или другие сексуальные проблемы могут объясняться психологическими причинами. Рубцы на коже мошонки и пениса бывает очень трудно выявить. По этой причине отсутствие рубцевания на этих специфи-

ческих участках не свидетельствует о том, что пытки не применялись. С другой стороны, наличие рубцевания обычно свидетельствует о перенесенной серьезной травме.

Обследование области заднего прохода

После анального изнасилования или введения предметов в анальное отверстие, как мужчин, так и женщин боль и кровотечение могут наблюдаться в течение нескольких дней или недель. Это часто приводит к запору, который во многих местах заключения усугубляется вследствие скудного рациона. Могут также появиться симптомы патологии желудочно-кишечной и мочевыводящей систем. В остром периоде любое обследование, помимо визуального осмотра, требует местной или общей анестезии и должно проводиться специалистом. В хроническом могут сохраняться некоторые симптомы, и их необходимо исследовать. В заднем проходе могут быть обнаружены рубцы необычного размера или расположения, которые следует документировать. Трещины заднего прохода сохраняются в течение многих лет, однако обычно невозможно провести различие между трещинами, возникшими вследствие пытки, и трещинами, образовавшимися по другим причинам. При обследовании заднего прохода нужно выявлять и документировать следующее:

- трещины имеют тенденцию к неспецифичности, поскольку они возникают в ряде «обычных» ситуаций (запор, несоблюдение правил гигиены). Однако, если трещины обнаружены в остром периоде (то есть в пределах 72 часов после пытки), они являются более специфичными и могут считаться доказательством проникновения в задний проход;
- могут быть замечены разрывы прямой кишки с кровотечением или без него;
- разрыв складочкой ткани может проявляться в виде гладких веерообразных рубцов. Если эти рубцы расположены вне средней линии (то есть не на отметке 12 или 6 часов), то они могут свидетельствовать о травме, нанесенной в результате проникновения в задний проход;
- фиброзные полипы в области анального отверстия могут быть результатом заживления травмы;
- гнойные выделения из анального отверстия. Во всех случаях предполагаемого проникновения в задний проход, независимо от наличия или отсутствия выделений, следует произвести посев культур для выявления гонореи, хламидиоза или других инфекций.

Глава 3. Минимальные требования к проведению медицинского обследования в случаях насилия, пыток и жестокого обращения

Медицинское обследование в случаях насилия, пыток и жестокого обращения требует проведение обязательного собеседования с предполагаемой жертвой согласно стандартам Стамбульского протокола. Эффективные и подходящие навыки собеседования имеют важное значение для освидетельствования предполагаемых насилия, пыток

и жестокого обращения. Собеседование обеспечивает основу для точности медицинских заключений, судебных экспертиз и свидетельских показаний в суде. Первичная медицинская документация является основополагающим источником доказательств для подготовки судебно-медицинских экспертиз и показаний в суде.

Основные компоненты медицинского обследования:

- Сбор информации

  Управление эмоциями жертвы и медицинского работника
- Предоставление информации
- Установление фактов, связанных с предполагаемыми пытками.
- Документирование физических и психологических доказательств.
- Установление степени соответствия между заключениями врача и заявлениями отдельных лиц.
- Интерпретация фактов, полученных при врачебном осмотре.

Важно помнить:

- Процесс дачи сведений о пытке является крайне стрессовым и может причинить повторную травму жертве.
- Получение сведений о пытке/травме может быть очень напряженным, поскольку все участники процесса могут получить психическую травму.
- Установление взаимопонимания и выявление тщательной и полной истории может отнять много времени.
- Возможно непостоянство в степени физических и психологических признаков, симптомов и последствий, которые будет излагать жертва.
- Возможно непостоянство в поведении: например, как жертва пыток ведет себя во время собеседования и как рассказывает о фактах злоупотребления.
- Возможно непостоянство в объеме и детализации информации при изложении фактов, которые потерпевший будет вспоминать.

Условия для собеседования:

- Собеседование должно проводиться в безопасных и комфортных условиях.
- Комната, где проходит обследование, должна иметь соответствующие условия:
  1. Должен быть доступ в уборную.
  2. Рекомендуется иметь воду и салфетки, чтобы собеседник мог воспользоваться ими.
  3. Условия должны быть такими, чтобы собеседникам было одинаково комфортно. Они должны находиться на определенном расстоянии друг от друга для установления визуального контакта.

Доверие:

- Доверие является важным компонентом выявления точной информации о злоупотреблениях.

- Необходимо создать условия для доверия:
  1. Внимательно слушать.
  2. Вести обсуждение в полной мере.
  3. Быть вежливым.
  4. Искренне сочувствовать.
  5. Быть честным.
  6. Создать безопасные и комфортные условия.
  7. Установить контроль собеседника над процессом (завершать собеседование, делать перерывы).

Информированное согласие требует, чтобы лицо, давшее согласие:

- Получило полную информацию, в том числе о рисках, выгодах и разъяснениях о степени конфиденциальности, которые могут быть навязаны государством или судебным органом.
- Понимало полученную информацию.
- Дало свое согласие добровольно.
- Подтверждало свое информированное согласие письменно. Бланк Информированного согласия приведен в Приложении 1.

Конфиденциальность:

- Врачи обязаны сохранять конфиденциальность информации и раскрывать информацию только с осведомленного согласия лица.
- Лицо должно быть четко проинформировано о каких-либо ограничениях на конфиденциальность медицинского обследования и каких-либо юридических обязательств по раскрытию информации.

Неприкосновенность частной жизни:

- То, насколько безопасно могут задаваться определенные вопросы, будет значительно варьировать и зависеть от степени, в которой конфиденциальность и безопасность обеспечены.
- Медицинский осмотр проводится в условиях, исключающих присутствие посторонних лиц, в том числе сотрудников правоохранительных органов.
- В целях безопасности медицинского работника по его личному запросу, медицинский осмотр может быть проведен в присутствии сотрудника ответственного за охрану и безопасность в условиях, позволяющих сотруднику видеть медицинского работника и пациента, но не слышать.
- В случаях, когда сотрудник правоохранительных органов все же присутствует, то его присутствие должно быть отмечено в медицинском заключении.

Сочувствие и объективность:

- Врачебные осмотры и обследования предполагаемых жертв пыток должны проводиться с объективностью и беспристрастностью.

- Объективность не противоречит понятию сочувствовать. В этом смысле, очень важно придерживаться профессиональных норм и в то же время иметь возможность признавать боль и страдания, которые они наблюдают.

Сохранность и безопасность:

- Помните о рисках, которые могут наступить для лица, рассказавшего о пытках и жестоком обращении, особенно если лицо находится в местах лишения/ ограничения свободы.
- Не обещайте уровень безопасности, который вы не можете обеспечить.
- Не проводите освидетельствование, если риски наказания для этого лица становятся явными.
- Информация о предполагаемом факте пыток и жестоком обращении должна быть передана в органы прокуратуры и органы здравоохранения в течение 24 часов.
- Примите меры для защиты личной информации о пациенте.

Процедурные гарантии для задержанных:

- При каждом доставлении подозреваемого в изолятор временного содержания, а также при поступлении жалобы от него самого, его защитника, родственников о применении к нему физического насилия со стороны работников органов дознания и следствия он подлежит обязательному медицинскому освидетельствованию с составлением соответствующего документа. Обязанность проведения медицинского освидетельствования возлагается на администрацию изолятора временного содержания (ст. 40 УПК КР).
- Рекомендуется прохождение медицинского обследования при задержании, и при каждом доставлении из/в места содержания под стражей.
- Медицинский осмотр должен проводиться бесплатно.
- Медицинский осмотр заключенных должен включать в себя использование стандартизированной формы.
- Присутствие сотрудников правоохранительных органов должно быть отмечено в медицинском заключении, и может быть основанием для рассмотрения в отчете как негативного момента.
- Сами задержанные, их адвокаты или родственники имеют собственное право запрашивать и получать копии медицинского обследования.
- Задержанный должен проходить квалифицированную судебно-медицинскую экспертизу.
- Судебно-медицинская экспертиза заключенных должна включать в себя использование стандартизированной формы медицинского осмотра.
- Если судебно-медицинская экспертиза подтверждает ранее заявленное применение пыток или жестокого обращения, задержанный не должен быть возвращен в место содержания под стражей.
- Задержанный должен иметь возможность встретиться с адвокатом во время медицинского осмотра.

- Задержанные имеют право на получение второго или альтернативного медицинского осмотра квалифицированным врачом при каждом доставлении из/в места содержания/заключения.

Риск получения повторной травмы:

- Собеседование должно быть проведено так, чтобы минимизировать риск получения потерпевшим повторной травмы.
- Риск получения повторной травмы должен быть сопоставим с необходимостью получения достаточной и соответствующей информации.
- Необходим баланс двух важных требований:
  1. Получение подробной и точной информации.
  2. Уважение потребностей собеседника.

Гендерные вопросы:

- Сексуальное насилие распространено среди лиц, пострадавших от пыток и это влияет на полноту и всесторонность медицинского осмотра.
- Однополые собеседования, как правило, предпочтительнее. Если возможно, следует уважать выбор конкретного человека.
- Пострадавшие мужчины, возможно, могут не очень охотно раскрывать сексуальное насилие, чем женщины, и эта проблема часто не учитывается.

Культурные и религиозные вопросы:

- Культурные, религиозные и индивидуальные факторы должны быть учтены в определении соответствующих стратегий собеседования.
- Медицинские работники должны принять во внимание вероисповедание и культурные нормы пациента и должны вести себя таким образом, чтобы не ущемлять культурные или религиозные чувства.
- В случае необходимости следует привлекать переводчиков.

Работа с переводчиками:

- Переводчики должны иметь схожие обязательства по соблюдению конфиденциальности и беспристрастности.
- Переводчик не должен быть сотрудником правоохранительных органов или быть представителем заинтересованных сторон.
- Медицинский работник должен поддерживать контакт и говорить с собеседником, а не с переводчиком, чтобы поддерживать связь и вести свои наблюдения.

Перенос и Контр-перенос:

Врачи, которые проводят медицинский осмотр должны быть осведомлены о возможных эмоциональных реакциях, когда осмотр тяжелых травм может вызвать у собеседников такие эмоциональные реакции, известные как перенос и контр-перенос.

Перенос

- Чувства потерпевшего по отношению к врачу, связанные с прошлым опытом, но они вызывают недопонимание, так как испытываются лично к врачу.
- Вопросы врача могут расцениваться как:
  - Принудительное воздействие схожее с допросом.
  - Признак недоверия или сомнения со стороны врача
- Врач может быть воспринят как:
  - Человек, находящийся на стороне лиц, совершивших пытки.
  - Как должностное лицо (в положительном или отрицательном смысле).
  - Ситуация проведения собеседования может восприниматься как сильно напоминающая ситуацию пытки.

Контр – перенос

Врачи также должны быть осведомлены о возможных собственных личных реакциях, чувствах, которые могут повлиять на восприятие и суждения собеседника.

Общие реакции контр – переноса включают в себя:

- Уклонение, отстранение, оборонительное равнодушие;
- Разочарование, беспомощность, безнадежность и чрезмерная идентификация;
- Чувство всемогущества и грандиозности в форме ощущения себя спасителем, большим специалистом по травмам или последней надеждой потерпевших;
- Чувство незащищенности, чувство вины, чрезмерный гнев по отношению к правонарушителям или потерпевшему.

Возможные последствия реакций контр – переноса

- Недооценка серьезности последствий пыток.
- Упущение некоторых деталей.
- Тенденция к недоверию в отношении достоверности предполагаемых пыток.
- Неспособность в установлении необходимого сочувствия.
- Чрезмерная идентификация потерпевшего от пытки.
- Обоюдная травматизация.
- Трудности в обеспечении объективности.

Проведение обследования несовершеннолетних:

При проведении обследования ребенка необходимо соблюдать определенные условия, учитывающие их психофизиологические особенности и способствующие более полному получению информации и наименее травмирующие ребенка.

- Требуется информированное согласие родителей или законных представителей.
- Проведение подробного собеседования/освидетельствования возможно в присутствии родителей или законных представителей. Присутствующий взрослый должен занимать позицию наименьшего вмешательства в процесс опроса (место в помещении, вербальное и невербальное поведение), о чем должен быть предупрежден.

- Опрос ребенка должен проходить в отсутствии предполагаемого виновника, даже если это кто-то из родителей.
- Ребёнка обследуют в спокойной, удобной обстановке и позволяют ему выбрать, кто будет находиться рядом с ним в момент осмотра.
- Помещение, в котором проводится непосредственное исследование, должно быть теплым (температура +24+25), без сквозняков, желательно с естественным освещением. При искусственном освещении желательно лампы дневного света. Отсутствие посторонних шумов.
- Если возможно, семью следует рассматривать вместе и травмы ребенка должны быть задокументированы педиатрами.
- Короткая продолжительность концентрации детского внимания может потребовать частые перерывы.

Глава 4. Этические и юридические вопросы при правильном медицинском документировании и обследовании

4.1. Этические вопросы, касающиеся медицинских работников в сфере реализации принципов стамбульского протокола

Каждый человек независимо от его этнического происхождения, политических убеждений, гражданства, пола, вероисповедания, личных качеств имеет право на необходимую медицинскую помощь.

Безусловно, люди, обвиняемые или признанные виновными в совершении преступлений, имеют наравне со всеми моральное право на надлежащую помощь со стороны врачей и медицинских работников.

Работники здравоохранения всего мира признают, что:

- тщательная и последовательная документация врачами случаев пыток и жестокого обращения способствует защите физической и психической неприкосновенности жертв и общей борьбе с преступлениями против человеческого достоинства,
- врачи, проводя оценку состояния и лечения жертв пыток, становятся главными свидетелями этого нарушения прав человека,
- жертвы не в состоянии самостоятельно сформулировать жалобу на лиц, совершивших в отношении них пытки и/или жестокое обращение ввиду психологических трудностей и осложнений, которыми они страдают, или политического давления на них.
- отсутствие документирования и сообщения о фактах пыток может рассматриваться как форма терпимости к пыткам и жестокому обращению,
- отсутствие в профессиональных кодексах медицинской этики и законодательных актах последовательного и прямого указания, обязывающего врачей документировать или уведомлять о фактах пыток или бесчеловечного или унижающего

достоинство обращения, о которых они осведомлены, способствует игнорированию медицинскими работниками фактов пыток.

Врач, медицинская сестра, фельдшер и любой медицинский работник – это лицо в государстве, выполняющее свой долг вне политики, национальности, религиозных побуждений. Единственным допустимым критерием различия между пациентами должна быть только степень срочности медицинской помощи. Нравственный и профессиональный долг и обязанности специалистов в области здравоохранения отражаются в документах ООН и международных медицинских профессиональных организаций, что указывает на наличие в медицинском сообществе полного согласия по вопросам, касающимся защиты прав человека. Основным постулатом медицинской этики, является стоящая превыше всего обязанность всегда действовать в наилучших интересах пациента, невзирая на любые препятствия, затруднительные или договорные обязательства.

Медицинское документирование последствий насилия требует от врача и каждого медицинского работника особой принципиальности.

Принцип профессиональной независимости требует от работников здравоохранения помнить об основной цели медицины – облегчать страдания, боль и избегать причинения вреда, невзирая на любое постороннее давление, как бы оно не проявлялось. Следует понимать, что в случаях насилия всегда найдутся силы, которые будут оказывать давление на врача с целью повлиять на его действия, чтобы изменить результаты медицинского осмотра.

Врачи всегда должны быть готовы делать то, что в наибольшей степени отвечает интересам пациентов. Врачебная обязанность должна выражаться в профессиональной независимости, в соответствии с которой врачи должны применять наилучшие методы лечения, эффективные и безопасные медицинские вмешательства, несмотря на любого рода давление, кем бы оно не оказывалось.

В Токийской декларации о независимости и профессиональной свободе врача, принятой Всемирной медицинской ассоциации (1975 г.) и Кувейтской декларации, принятой на Международной конференции по исламской медицине (1981 г.), подтверждается запрещение любых форм участия медицинских работников в актах пыток или жестокого обращения либо их присутствия при совершении таких актов. Врачам прямо запрещено предоставлять информацию или какие-либо инструменты или вещества, которые могут способствовать жестокому, бесчеловечному обращению.

Согласно Токийской декларации о независимости и профессиональной свободе, врачи должны настаивать на том, что они свободны в своих действиях в интересах пациента, несмотря на все прочие соображения, в т. ч. на указания работодателей, политические или экономические средства давления. Только при полной профессиональной свободе и независимости врачи смогут защищать потребности пациентов в медицинской помощи перед всеми, кто будет отказывать в необходимой помощи или ограничивать ее. Во всех случаях, когда положения законодательства или действия правительства либо любого иного административного органа или учреждения препятствуют реализации этих прав пациентов, врачи должны стремиться всеми надлежащими средствами восстановить их, и обеспечить их соблюдение.

Все работники здравоохранения, как и остальные сотрудники систем пенитенциарных учреждений, обязаны соблюдать Минимальные стандартные правила обращения с заключен-

ными[1], содержащие требования, чтобы медицинские, в том числе психиатрические, услуги были доступны всем без исключения заключенным и чтобы врач ежедневно принимал или посещал всех больных или обратившихся с просьбой о лечении заключенных. Эти требования указывают на моральный долг врачей вести лечение и принимать меры в наилучших интересах пациентов, о которых они обязаны заботиться. На работниках здравоохранения лежит моральная обязанность охранять физическое и психическое здоровье заключенных или задержанных правоохранительными органами. Медикам запрещается применять свои медицинские знания и умения любым образом, который не согласуется с международными документами о правах личности. В частности, грубым нарушением медицинской этики является активное или пассивное участие в пытках или любое попустительство им. Избегание врачами документирования насилия и пыток является соучастием в преступной практике.

«Участием в пытках» так же называется: оценка способности человека выдержать жестокое обращение; присутствие при актах жестокого обращения, осуществление контроля за такими актами или их совершение; приведение людей в сознание для дальнейшего причинения им страданий или оказание им медицинской помощи непосредственно перед пыткой, в процессе пытки или после ее завершения по распоряжению тех лиц, которые, предположительно, несут ответственность за применение пыток; предоставление профессиональных сведений или данных о состоянии здоровья человека лицам, применяющим пытки, а также умышленное игнорирование данных и фальсифицирование отчетных документов, например отчетов об аутопсии и свидетельств о смерти.

Принципы ООН включают также одну из главнейших норм медицинской этики: в них особо подчеркивается, что единственная этически допустимая связь между заключенными, задержанными и медицинскими работниками – это связь, имеющая целью обследовать, охранять и укреплять здоровье заключенных и задержанных. Следовательно, оценка состояния здоровья задержанного или заключенного в целях содействия его наказанию или пытке явно противоречит этике.

На работниках здравоохранения лежат обязательства двоякого рода: их первейший долг по отношению к пациентам способствовать наиболее полному учету интересов последних, а общий долг перед обществом – обеспечивать свершение правосудия и не допускать нарушений прав человека. Дилеммы, вытекающие из двойственного характера этих обязательств, приобретают особую остроту для медиков, работающих в правоохранительных органах, вооруженных силах, других службах безопасности или в системе пенитенциарных учреждений. Интересы их работодателей и коллег, не являющихся медиками, могут вступать в противоречие с наилучшими интересами находящихся под стражей пациентов. Независимо от характера их трудовых отношений, основной долг всех работников здравоохранения – заботиться о людях, которых им приходится освидетельствовать или лечить. Медицинских работников нельзя на договорных основаниях или по каким-либо иным соображениям обязывать не соблюдать свою профессиональную независимость. Они должны непредвзято оценивать интересы обеспечения здоровья пациента и поступать в соответствии с этими интересами.

Во всех случаях, когда врачи действуют по просьбе или поручению какой-либо третьей стороны, они должны следить за тем, чтобы пациент осознавал это. Врачи должны представ-

[1] Минимальные стандартные правила обращения с заключенными. Приняты на первом Конгрессе Организации Объединенных Наций по предупреждению преступности и обращению с правонарушителями, состоявшемся в Женеве в 1955 году, и одобрены Экономическим и Социальным Советом в его резолюциях 663 C (XXIV) от 31 июля 1957 года и 2076 (LXII) от 13 мая 1977 года

ляться пациентам и разъяснять цели любого обследования или лечения. Даже в тех случаях, когда врачи назначаются и оплачиваются какой-либо третьей стороной, за ними сохраняется прямая обязанность заботиться о любом пациенте, которого они осматривают или лечат. Они должны отказываться выполнять любые процедуры, которые могут причинить вред пациентам либо сделать их физически или психологически уязвимыми для причинения вреда. Врачи должны следить за тем, чтобы их договорные обязательства не препятствовали сохранять им профессиональную независимость при принятии медицинских решений. Они должны добиваться, чтобы каждое лицо, находящееся под стражей, могло пройти любой необходимый медицинский осмотр и получить необходимое лечение. В тех случаях, когда лицо, содержащееся под стражей, находящимся в уязвимом положении, в том числе является несовершеннолетним, врачи, помимо прочего, обязаны выступать еще и в качестве их защитников.

В ежедневной практике работники здравоохранения должны отдавать предпочтение пожеланиям пациента, а не лица наделенного властью.

При проведении экспертизы (медицинской, психолого-психиатрической, психиатрической), которая проводится для сбора доказательств в ходе расследования, требуется получение согласия осматриваемого. В этом случае пациент должен полностью понимать, каким образом будут использованы его медицинские данные, полученные в ходе экспертизы, как они будут храниться, и кто будет иметь к ним доступ. В случае, если эти и другие моменты, касающиеся решения пациента, не будут прояснены заранее, согласие на экспертизу и регистрация ее результатов считаются недействительными. В случае, если пациент находится в бессознательном состоянии или по иным причинам не способен дать обдуманное согласие, работники здравоохранения должны принять решение о том, как наилучшим образом защитить интересы пациента и способствовать его защите.

При проведении судебной экспертизы у пациентов меньше прав и свободы выбора, меньше возможностей открыто говорить о том, что произошло. Поэтому перед проведением экспертизы судебно-медицинские и другие эксперты должны разъяснять пациентам свою роль и прямо заявлять о том, что сохранение врачебной тайны при этом, в отличие от нормальных отношений между врачом и пациентом, не предусматривается. Согласно соответствующим правилам, пациент не может иметь права отказаться от судебно-медицинской экспертизы, однако он сам выбирает, указывать ли причину полученных повреждений. Судебно-медицинские эксперты несут уголовную ответственность за подлинность заключения и не должны искажать свои отчеты, они должны представлять объективные доказательства, в том числе и прямо указывать в своих заключениях на факты, свидетельствующие о жестоком обращении.

Таким образом, работники здравоохранения при проведении обследования и лечения должны:

- исчерпывающе и понятно разъяснить пациенту цель осмотра и лечения;
- убедиться в том, что пациент осознает и соглашается на осмотр, целью которого является не только оказание медицинской помощи, но и выявление, регистрация и сообщение о фактах пыток и/или жестокого обращения в уполномоченные органы;
- решить вопрос наилучшей защиты пациентов, находящихся в бессознательном состоянии или по каким-то иным причинам не способных дать обдуманное осознанное согласие.

Работники здравоохранения должны также иметь в виду, что представление сообщений об актах жестокого обращения властям, в чьих ведомствах такие акты совершаются, могут причинить вред пациенту или другим лицам, в том числе и инициатору разбирательства. Врачи не должны сознательно подвергать людей угрозе репрессий. Поэтому информацию необходимо передавать в уполномоченный орган, находящийся вне пределов прямой юрисдикции от данных ведомств. В случае, если риск репрессий высокий, то сообщение необходимо передавать без указания конкретных идентифицирующих данных.

И хотя в такой ситуации нет легких решений, работники здравоохранения должны исходить из основного принципа не причинения вреда, ставя его превыше всех других соображений, а кроме того, когда это возможно, пытаться получить соответствующую консультацию и поддержку в национальных и международных медицинских организациях.

Работники здравоохранения также обязаны оказывать поддержку друг другу, совместно выступать против нарушений прав человека. Не оказание такой поддержки может не только привести к нарушению прав пациентов и положений вышеперечисленных деклараций, но и подорвать репутацию медицинской профессии как гуманной. В принятой Всемирной медицинской ассоциацией Резолюции о правах человека[1] содержится призыв ко всем национальным медицинским сообществам принимать все меры к тому, чтобы врачи не скрывали доказательств противоправных действий даже под угрозой репрессий и давления. В Резолюцию включено требование, выработать четкие инструкции, особенно для врачей – выступать с протестом против допускаемых нарушений прав человека и любых иных противоправных действий, действовать согласно установленным медицинским стандартам и должностным инструкциям, а также обеспечить наличие эффективных механизмов для расследования поведения и действий врача, противоречащих нормам этики в отношении прав человека.

Учитывая всю сложность этических проблем, встающих перед врачами, занимающимися документированием фактов насилия, пыток и жестокого обращения, и в соответствии с рекомендациями Всемирной Медицинской Ассоциации на основании Резолюции об ответственности врачей в документации фактов пыток, жестокого, бесчеловечного, или унижающего достоинство обращения (2007 г.) государственной системе здравоохранения и Медицинским Ассоциациям Кыргызстана рекомендуется:

1. Обеспечить жертвам пыток или жестокого обращения своевременный доступ к медицинский помощи.
2. Способствовать получению информированного согласия и соблюдению безопасности предполагаемых жертв пыток и жестокого обращения врачами при оценке или документировании фактов пыток и жестокого обращения.
3. Врачам всех уровней здравоохранения включить оценку и документирование симптомов пыток или жестокого обращения в медицинскую документацию, с применением необходимых процессуальных гарантий для предотвращения угрозы для задержанных.
4. Повысить осведомленность о Стамбульском протоколе и его принципах по эффективному расследованию и документированию пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания путем распространения Стамбульский протокол на всех уровнях здравоохранения с использованием СМИ, печатных изданий и интернета.

[1] Доступно на сайте: http://www.kmpakaz.org/rights/10/1/16

5. Содействовать профессиональной подготовке врачей по идентификации различных видов пыток, включая физические и психологические симптомы, характерные для специфических форм пыток.
6. Способствовать подготовке высококачественных медицинских заключений/экспертиз по заявлениям о предполагаемых пытках и/или жестоком обращении для представления их соответствующим органам.
7. Контролировать качество медицинских заключений в соответствии с принципами Стамбульского протокола, которые в дальнейшем будут использоваться как доказательная база в судебных и административных делах;
8. Поддержать усовершенствование в Кыргызстане Кодекса профессиональной этики медицинского работника, в котором будут учтены следующие аспекты:
   - Обязательство для врачей информировать или уведомлять об актах пыток или жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения, о которых им становится известно; уведомление в зависимости от обстоятельств медицинских, юридических, национальных или международных органов, неправительственных организаций или Международного уголовного суда. Врачи в этом вопросе должны использовать их по своему усмотрению, принимая во внимание пункт 68 Стамбульского протокола;
   - Этическое и законодательное исключение в соблюдении профессиональной тайны, что позволяет врачу сообщать о злоупотреблениях, где это возможно, с согласия субъекта, но в некоторых случаях без прямого согласия, когда сама жертва не в состоянии выразить свое согласие;
   - Предупреждение для врачей не подвергать опасности лиц, лишенных или ограниченных в свободе, в том числе лиц, находящихся в психиатрических учреждениях.
   - Государство должно предпринять все необходимые меры, чтобы поддержать и защитить врачей, которые при исполнении своего профессионального долга с соблюдением морально-этических норм, подвергаются различному давлению со стороны вышестоящих и/или правоохранительных органов, действующих в ущерб интересам пациентов, пострадавших от насилия. Профессиональные медицинские ассоциации должны гарантировать, что будут использовать все зависящие от них возможности, чтобы помочь этим врачам в сложных ситуациях.

4.2. Юридические вопросы, касающиеся медицинских работников в сфере реализации принципов стамбульского протокола (права, обязанности, ответственность медицинских работников)

Определенный прогресс медицины, наблюдавшийся за период со времени обретения Кыргызской Республикой независимости, появление наряду с государственной и муниципальной частной системы здравоохранения, вызвали необходимость изменений действующей системы правового регулирования общественных отношений, связанных с медицинской деятельностью. В связи с этим значительно изменилась нормативная правовая база в сфере здравоохранения, вступили в силу новые законы и подзаконные акты.

Основным законом Кыргызской Республики, в соответствии с которым формируется вся действующая нормативная правовая база здравоохранения, является Консти-

туция Кыргызской Республики, принятая референдумом (всенародным голосованием) 27 июня 2010 года.

Конституция Кыргызской Республики содержит положения, устанавливающие права и свободы человека, касающиеся охраны здоровья и жизни человека, деятельности медицинских работников в том числе:

- право на жизнь (ст. 21);
- право на свободу от пыток и других бесчеловечных, жестоких или унижающих достоинство видов обращения или наказания и право не подвергаться медицинским, биологическим, психологическим опытам без добровольного согласия (ст. 22);
- право на охрану здоровья и гарантированную государством медицинскую помощь, из которого вытекает обязательство государств по созданию условий для медицинского обслуживания каждого и принятию мер по развитию государственного, муниципального и частного секторов здравоохранения (ст. 47);
- право на благоприятную для жизни и здоровья экологическую среду и на возмещение вреда, причиненного здоровью или имуществу действиями в области природопользования (ст.48);
- право на социальное обеспечение в старости, в случае болезни и утраты трудоспособности, потери кормильца (ст.53).

Конституция имеет высшую юридическую силу и прямое действие в Кыргызской Республике, на ее основе принимаются все другие нормативные правовые акты, в том числе определяющие правовые, экономические и социальные основы охраны здоровья граждан в Кыргызской Республике.

Особое место в данной сфере правового регулирования занимают международные договоры и общепризнанные принципы и нормы международного права, устанавливающие гарантии соблюдения прав человека в сфере медицинского обслуживания.

В соответствии со статьей 6 Конституции, вступившие в установленном законом порядке в силу международные договоры, участницей которых является Кыргызская Республика, а также общепризнанные принципы и нормы международного права являются составной частью правовой системы Кыргызской Республики. Нормы международных договоров по правам человека имеют прямое действие и приоритет над нормами других международных договоров.

Все основные международных договоры о правах человека содержат положения, гарантирующие защиту прав человека в контексте медицинской помощи.

Всеобщая декларация прав человека (ВДПЧ)[1] не относится к международным договорам, но сыграла определяющую роль в формировании современного законодательства о правах человека. Многие ее положения фактически повторяются в международных пактах, обрели статус обычного международного права, т.е. считаются всеобщими и неоспоримыми. Основные положения ВДПЧ провозглашают:

- право на жизнь (ст. 3);
- запрет на применение пыток и жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращение (ст.5);

[1] Всеобщая декларация прав человека. Принята резолюцией 217 А (III) Генеральной Ассамблеи ООН от 10 декабря 1948 года. http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/declhr.shtml

- защиту от дискриминации (ст.7);
- право на частную жизнь (ст.12);
- право на поиск, получение и распространение информации (ст.19);
- право на медицинскую помощь (ст.25).

Международный пакт о гражданских и политических правах (МПГПП)[1]. К актуальным для защиты прав пациента положениям относятся:

- статья 2(1) (защита от дискриминации),
- статья 6 (право на жизнь),
- статья 7 (запрет на применение пыток и жестокое, бесчеловечное или унижающее достоинство обращение),
- статья 9 (право на свободу и личную неприкосновенность),
- статья 10 (право лиц, лишенных свободы, на уважение их достоинства),
- статья 17 (право на частную жизнь),
- статья 19(2) (право на поиск, получение и распространение информации),
- статья 26 (право на равенство перед законом).

Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (МПЭСКП)[2]. Основные положения:

- статья 12 (право на наивысший достижимый уровень здоровья);
- Замечания Общего Порядка №14 по статье 12 МПЭСКП[3].

Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (КЛДЖ)[4].Основные положения:

- статья 12 (защита от дискриминации в отношении женщин в области здравоохранения);
- статья 14(2)(b) (право женщин, проживающих в сельских районах, на доступ к соответствующему медицинскому обслуживанию).

Конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации (КЛРД)[5]. Основные положения:

---

[1] Международный пакт о гражданских и политических правах принят и открыт для подписания, ратификации и присоединения резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН 2200A (XXI) от 16 декабря 1966, вступил в силу 23 марта 1976 г., в соответствии со Статьей 49. http://www.ohchr.org/RU/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx

[2] Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах принят и открыт для подписания, ратификации и присоединения резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН 2200A (XXI) от 16 декабря 1966 г., вступил в силу 3 января 1976 г., в соответствии со Статьей 27. http://www.ohchr.org/RU/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx

[3] http://www.minoritycentre.org/sites/default/files/cescr_gen_comm_14_health.pdf., http://www.bureau.kz/lib/?t_id=305.

[4] Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, Нью-Йорк, 18 декабря 1979 г. http://www.ohchr.org/RU/ProfessionalInterest/Pages/CEDAW.aspx

[5] Международная конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации. Принята и открыта для подписания и ратификации резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН 2106 (XX) от 21 декабря 1965 г. вступила в силу 4 января 1969 г., в соответствии со Статьей 19. http://www.ohchr.org/RU/ProfessionalInterest/Pages/CERD.aspx

- статья 5(1)(e) (запрещение расовой дискриминации в отношении права на здравоохранение и медицинскую помощь).

Конвенция против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания (КПП)[1]. В 2002г. был принят новый Факультативный протокол к КПП, где основное внимание уделяется предотвращению пыток.[2]

Конвенция о правах ребенка (КПР)[3]. КПР содержит широкий спектр гарантий соблюдения гражданских, политических, экономических, социальных и культурных прав.

Основные положения:

- статья 24 (право на наивысший достижимый уровень здоровья).

Международная конвенция о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей (МКМ)[4]. МКМ содержит широкий спектр гарантий соблюдения гражданских, политических, экономических, социальных и культурных прав. Основные положения:

- статья 28 (право на медицинскую помощь),
- статьи 43 и 45(1)(c) (равное обращение в сфере медицинского обслуживания).

Конвенция о правах инвалидов (КПИ)[5]. КПИ касается лиц с «устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями», ее цель «заключается в поощрении, защите и обеспечении полного и равного осуществления все-ми инвалидами всех прав человека и основных свобод, а также в поощрении уважения присущего им достоинства». КПИ содержит широкий спектр гарантий соблюдения граж-данских, политических, экономических, социальных и культурных прав.

Основные положения:

- статья 25 (здоровье).

К другим актуальным для защиты прав пациента положениям относятся следующие:

- статья 5 (равенство и недопущение дискриминации);
- статьи 6 и 7 (женщины и дети);

---

[1] Конвенция против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания. Принята и открыта для подписания, ратификации и присоединения резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН 39/46 от 10 декабря 1984 г., вступила в силу 26 июня 1987 г., в соответствии со статьей 27 (1). http://www.ohchr.org/RU/ProfessionalInterest/Pages/CAT.aspx

[2] Факультативный протокол к Конвенции против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания. Принят резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН A/RES/57/199 от 18 декабря 2002 г., вступил в силу 22 июня 2006 г. http://www.ohchr.org/RU/ProfessionalInterest/Pages/OPCAT.aspx

[3] Конвенция о правах ребенка. Принята и открыта для подписания, ратификации и присоединения резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН 44/25 от 20 ноября 1989 г., вступила в силу 2 сентября 1990 г., в соответствии со статьей 49. http://www.ohchr.org/RU/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx

[4] Международная конвенция о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей принята резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН 45/158 от 18 декабря 1990 г. http://www.ohchr.org/RU/ProfessionalInterest/Pages/CMW.aspx

[5] Конвенция о правах инвалидов принята резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН 13 декабря 2006 г. http://www.ohchr.org/RU/HRBodies/CRPD/Pages/ConventionRightsPersonsWithDisabilities.aspx

- статья 9 (доступность медицинских учреждений и услуг), статья 10 (право на жизнь);
- статья 14 (свобода и личная неприкосновенность);
- статья 15 (свобода от пыток и т.д.);
- статья 16 (свобода от эксплуатации, насилия и надругательства);
- статья 17 (защита физической и психической целостности);
- статья 19 (самостоятельный образ жизни);
- статья 21 (доступ к информации);
- статья 22 (неприкосновенность частной жизни);
- статья 26 (абилитация и реабилитация);
- статья 29 (участие в политической и общественной жизни).

Ряд других важных международных документов, принятых на основе консенсуса, не имеют обязательной силы международного договора, но оказывают существенное политическое и моральное влияние.

1. Минимальные стандартные правила обращения с заключенными (ООН)[1].
2. Свод принципов защиты всех лиц, подвергаемых задержанию или заключению в какой бы то ни было форме (ООН)[2].
3. Принципы защиты лиц, страдающих психическим заболеванием, и улучшения здравоохранения в области психиатрии (ООН)[3].

Алма-Атинская декларация, 1978 г. (ВОЗ)[4]

В декларации еще раз подтверждается, что здоровье является состоянием полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней или физических дефектов, и составляет одно из фундаментальных прав человека (статья 1). В декларации подчеркивается важность первичной медико-санитарной помощи.

Декларация о правах пациентов (пересмотренная), 2005 г. (Всемирная медицинская ассоциация (ВМА)[5].

---

[1] Стандартные минимальные правила обращения с заключенными. Приняты на первом Конгрессе ООН по предупреждению преступности и обращению с правонарушителями, состоявшемся в Женеве в 1955 году, и одобрены Экономическим и Социальным Советом в его резолюциях 663 С (XXIV) от 31 июля 1957 года и 2076 (LXII) от 13 мая 1977 года. http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/prison.shtml

[2] Свод принципов защиты всех лиц, подвергаемых задержанию или заключению в какой бы то ни было форме. Принят резолюцией 43/173 Генеральной Ассамблеи ООН от 9 декабря 1988 года. http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/detent.shtml

[3] Принципы защиты лиц, страдающих психическим заболеванием, и улучшения здравоохранения в области психиатрии. Приняты резолюцией 46/119 Генеральной Ассамблеи ООН от 17 декабря 1991 года. http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/mental_helth_care.shtml

[4] Алма-атинская декларация. Принята Международной конференцией по первичной медико-санитарной помощи, Алма-Ата, 12 сентября 1978 года. http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/almaata78.shtml

[5] Декларация о правах пациента. Принята 34-й Всемирной Медицинской Ассамблеей. Лиссабон, Португалия,

В Преамбуле ВМА говорится: «В последние годы отношения между врачами, пациентами и широкой общественностью претерпели значительные изменения. Хотя врач должен действовать в интересах пациента сообразно своей совести, необходимы также соответствующие гарантии автономии и справедливого отношения к пациенту. Настоящая Декларация утверждает основные права, которыми, с точки зрения медицинского сообщества, должен обладать каждый пациент. Врачи и прочие лица или учреждения, участвующие в оказании медицинской помощи, несут солидарную ответственность за признание и поддержку указанных прав. Если в какой-либо стране положения законодательства или действия правительства препятствуют реализации нижеперечисленных прав, врачи должны стремиться всеми доступными средствами восстановить их и обеспечить их соблюдение».

Декларация о медицинском обслуживании, ориентированном на пациента, 2007 г. (Международный альянс организаций пациентов (МАОП)[1].

Декларация опубликована в рамках деятельности Альянса по отстаиванию прав пациентов на международном уровне и усилении роли пациентов в определении соответствующих аспектов политики здравоохранения с целью оказания влияния на международные, региональные и национальные программы и политику в области здравоохранения.

В документе провозглашены пять принципов:

1. уважение:

Пациенты и лица, которые осуществляют медицинский уход за ними, пользуются фундаментальным правом на охрану здоровья, ориентированную на пациентов и уважающую их уникальные потребности, предпочтения и ценности, а также их самостоятельность и независимость.

2. выбор и расширение возможностей (эмпауермент):

Пациенты имеют право и обязанность по мере своих способностей и предпочтений участвовать в качестве партнера в принятии решений, касающихся сферы охраны здоровья и влияющих на их жизнь. Для этого требуется система медицинского обслуживания, реагирующая на нужды пациентов и предоставляющая адекватный выбор вариантов лечения и ведения заболеваний, соответствующий этим нуждам, а также поощрение и поддержка пациентов и лиц, осуществляющих уход за пациентами, с целью достижения наивысшего возможного качества жизни. Организации пациентов должны иметь возможность играть ведущую роль в поддержке пациентов и их семей с целью осуществления их права на информированный выбор медицинского обслуживания.

3. участие пациентов в формировании политики здравоохранения:

Пациенты и организации пациентов должны иметь возможность взять на себя часть ответственности за формирование политики здравоохранения путем реального и поощряемого участия на всех уровнях и на всех этапах принятия решений, чтобы в таких решениях во главу угла были поставлены интересы пациента. Они не должны ограничиваться политикой здравоохранения, но должны включать в себя, к примеру, социальную политику, которая в конечном счете повлияет на жизнь пациентов.

сентябрь–октябрь 1981 года. http://www.e-stomatology.ru/star/info/2010/lissabon_declaration.htm

[1] Декларация о медицинской помощи, ориентированной на пациента. www.patientsorganizations.org/.

4. доступность и поддержка:

Пациентам должно быть доступно необходимое медицинское обслуживание, под которым подразумеваются безопасные, качественные и адекватные услуги, виды лечения, профилактики и медицинского просвещения. Необходимо обеспечить всем пациентам доступность необходимых услуг независимо от их состояния и социоэкономического статуса. Чтобы пациент мог достичь максимально доступного качества жизни, медицинское обслуживание должно удовлетворять эмоциональным требованиям пациентов и учитывать немедицинские факторы, такие как образование, занятость и семейные проблемы, влияющие на выбор пациентом медицинских услуг и на организацию таких услуг.

5. информирование:

Достоверная, актуальная и исчерпывающая информация необходима для того, чтобы пациенты и лица, осуществляющие медицинский уход, могли принимать информированные решения о лечении и о том, как жить с данным заболеванием. Информация должна предоставляться в надлежащем формате в соответствии с принципами медицинской грамотности и с учетом состояния здоровья, языка, возраста, интеллекта, способностей и культуры пациента.

Джакартская декларация о приоритетах охраны здоровья в XXI веке, 1997 г.

Декларация является итоговым документом Четвертой международной конференции по вопросам охраны здоровья. В ней обозначен ряд приоритетов в области охраны здоровья в XXI веке, включая социальную ответственность, увеличение объема инвестиций, обеспечение стабильной инфраструктуры и расширение возможностей каждого отстаивать свои права и интересы.

Руководство по эффективному расследованию и документированию пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания (Стамбульский протокол)[1].

Стамбульский протокол содержит международные руководящие принципы по оценке состояния предполагаемых жертв пыток и жестокого обращения, а также по пред-ставлению результатов такой оценки судебным или иным государственным органам, от-ветственным за расследование фактов пыток.

Принципы Стамбульского протокола используются, в том числе, специалистами в области медицины в национальных и международных судебных делах для оценки физических и психологических доказательств применения пыток и жестокого обращения.

Центральное место в системе национального законодательства о здравоохранении занимает **закон «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике»,** который определяет правовые, экономические и социальные основы охраны здоровья граждан в Кыргызской Республике, обязательные для исполнения органами государственной власти и органами местного самоуправления, физическими и юридически-

[1] Стамбульский протокол. Представлен Верховному комиссару ООН по правам человека 9 августа 1999 года. http://www.ohchr.org/Documents/Publications/training8Rev1ru.pdf

ми лицами. Основными задачами закона «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» являются:

- реализация неотъемлемого права граждан на защиту и охрану своего здоровья, жизни и здоровья других лиц, гарантируемых Конституцией Кыргызской Республики;
- определение полномочий органов государственной власти и органов местного самоуправления по вопросам охраны здоровья граждан в Кыргызской Республике;
- правовое регулирование деятельности организаций здравоохранения независимо от форм собственности в области охраны здоровья граждан;
- определение прав и обязанностей граждан, отдельных групп населения в области охраны здоровья и установление гарантий их соблюдения;
- определение профессиональных прав, обязанностей и ответственности медицинских и фармацевтических работников, установление гарантий их социальной защиты.

В законе «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» определены основные принципы государственной политики в области охраны здоровья граждан в Кыргызской Республике:

- соблюдение прав граждан на охрану здоровья;
- социальная справедливость, равенство, доступность медико-санитарной и санитарно-профилактической помощи;
- социальная защита граждан в случае утраты здоровья;
- развитие здравоохранения в соответствии с потребностями населения, формированием комплексной интегрированной системы предоставления медико-санитарной помощи и созданием равных условий для функционирования организаций здравоохранения независимо от форм собственности;
- бесплатное пользование гражданами сетью государственных и муниципальных учреждений здравоохранения в рамках Программы государственных гарантий;
- активное участие населения, общественных организаций в решении вопросов охраны здоровья;
- ответственность граждан за сохранение и укрепление своего здоровья, здоровья детей, родителей и окружающих;
- научная обоснованность проведения медико-санитарных и санитарно-профилактических мероприятий;
- профилактическая направленность здравоохранения, формирование у населения приверженности к здоровому образу жизни;
- ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, юридических лиц и должностных лиц за необеспечение государственных гарантий в сохранении и укреплении здоровья граждан;
- ответственность лиц, оказывающих медико-санитарную помощь, за необеспечение ее безопасности и качества.

Отдельные виды медицинской деятельности регулируются другими нормативными правовыми актами, которые принимаются в соответствии с Конституцией и законом «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике». В их числе:

- закон Кыргызской Республики «Об общественном здравоохранении» от 24 июля 2009 г. N 248;
- закон Кыргызской Республики «Об организациях здравоохранения в Кыргызской Республике» от 13 августа 2004 г. N 116;
- закон Кыргызской Республики «О медицинском страховании граждан в Кыргызской Республике» от 18 октября 1999 г. N 112;
- закон Кыргызской Республики «О системе единого плательщика в финансировании здравоохранения Кыргызской Республики» от 30 июля 2003 г. N 159;
- закон Кыргызской Республики «О лекарственных средствах» от 30 апреля 2003 г. N 91;
- закон Кыргызской Республики «О защите здоровья граждан Кыргызской Республики от вредного воздействия табака» от 21 августа 2006 г. N 175;
- закон Кыргызской Республики «О репродуктивных правах граждан и гарантиях их реализации» от 10 августа 2007 г. N 147;
- закон Кыргызской Республики «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» от 26 июня 2001 г. N 56;
- закон Кыргызской Республики «Об онкологической помощи населению» от 4 октября 2000 г. N 83;
- закон Кыргызской Республики «О донорстве крови и ее компонентов» от 2 июля 2007 г. N 96;
- закон Кыргызской Республики «О защите населения от туберкулеза» от 18 мая 1998 г. N 65;
- закон Кыргызской Республики «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах» от 22 мая 1998 г. N 66;
- закон Кыргызской Республики «О профилактике йододефицитных заболеваний» от 18 февраля 2000 г. N 40;
- закон Кыргызской Республики «О ВИЧ/СПИДе в Кыргызской Республике» от 13 августа 2005 г. N 149;
- закон Кыргызской Республики «О защите населения от туберкулеза» от 18 мая 1998 г. N 65;
- закон Кыргызской Республики «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 17 июня 1999 г. N 60;
- закон Кыргызской Республики «О судебно-экспертной деятельности» от 24 июня 2013 года № 100.

К правовым источникам, регулирующим здравоохранение, также относятся поста-новления и распоряжения Правительства Кыргызской Республики, указы Президента Кыргызской Республики, приказы, инструкции, правила и другие документы Министерства здравоохранения Кыргызской Республики. Многие вопросы, связанные

с медицинской деятельностью, регулируются в рамках различных отраслей права – трудового, гражданского, административного, уголовного и др.

Осознавая, что охрана здоровья граждан является неотъемлемым условием жизни общества и одним из наиболее актуальных направлений деятельности государства, поскольку именно от здоровья населения зависит благосостояние государства, люди, оказывающие медицинскую помощь, обязаны понимать возлагающуюся на них ответственность. В этом отношении именно хорошая правовая база и достаточная информированность об ее основах помогает формировать у медицинских работников чувство высокой ответственности перед обществом и государством.

Медицинским работникам важно быть не только информированными о законодательном обеспечении гарантий профессиональной деятельности медицинских работников, но и необходимо изучать вопросы, касающиеся самих прав, обязанностей и ответственности медицинских работников, с тем, чтобы их профессиональная деятельность осуществлялась строго в рамках правового поля.

Сегодняшняя юридическая и правовая практика свидетельствуют о том, что чем выше правовая культура медицинских работников, тем лучше исполняются ими профессиональные обязанности, что в конечном итоге положительно сказывается на уровне и качестве медицинской помощи.

4.2.1. Права и обязанности медицинских работников

Концепция прав человека в контексте медико-санитарной помощи предусматривает применение общих принципов в сфере прав человека ко всем участникам деятельности по охране здоровья и признает взаимозависимость прав пациентов и лиц, оказывающих медицинскую помощь. Медицинские работники будут в состоянии оказывать пациентам услуги на должном уровне только в том случае, если их права будут также соблюдаться, и они будут работать в условиях безопасности и уважения[1].

В соответствии с законом «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» при осуществлении своих профессиональных обязанностей по охране здоровья граждан медицинские работники имеют право:

- на условия труда, обеспечивающие качественное оказание медико-санитарной помощи;
- на принятие решения о выборе методов обследования и лечения пациентов на основе клинических протоколов, утверждаемых уполномоченным государственным органом Кыргызской Республики в области здравоохранения;
- выписывать рецепты на лекарства, выдавать справки и листки о нетрудоспособности в порядке, установленном законодательством Кыргызской Республики;
- на внедрение современных методов диагностики в медицинскую практику;
- на страхование профессиональной ошибки, в результате которой может быть причинен вред или ущерб здоровью гражданина, не связанной с небрежным или халатным выполнением ими профессиональных обязанностей;
- на иные права, предусмотренные законодательством Кыргызской Республики[2].

[1] Права человека в сфере оказания медицинской помощи: Кыргызстан. Практическое руководство.

[2] Закон КР «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики». Статья 84. Права медицинских и фармацев-

В этом же законе определены основные обязанности работников здравоохранения. Так, в процессе осуществления профессиональной деятельности медицинские работники обязаны:

- осуществлять свою деятельность, руководствуясь гуманными принципами медицинской этики, регулирующими нравственные взаимоотношения медицинских работников с пациентами, их родственниками, между собой, в соответствии с присягой врача;
- выполнять свою профессиональную деятельность в соответствии с нормативными правовыми актами органа Кыргызской Республики в области здравоохранения;
- совершенствовать свои профессиональные знания и навыки;
- соблюдать санитарно-гигиенические и противоэпидемические нормы, а также правила, установленные для данной организации здравоохранения;
- представлять в вышестоящие организации здравоохранения и органы государственного управления достоверную информацию и отчетность в соответствии с нормативными правовыми актами Кыргызской Республики[1].

В законе «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» лишь в общем виде сформулированы основные права и обязанности медицинских работников, которые существенно дополняются ведомственными инструкциями, указаниями, приказами и другими документами применительно к каждой врачебной специальности.

Специфические обязанности, которые возможно не нашли отражения ни в законе «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике», ни в инструкциях и приказах, вытекают из исторически сложившейся специфики врачебной деятельности, нашедшей свое отражение в особых нормах врачебной этики и правилах медицинской деонтологии.

Основываясь на нормах действующих нормативных правовых актов, особых нормах врачебной этики и правилах медицинской деонтологии определяют следующие права и обязанности медицинских работников, на которых возложены функции по проведению медицинского осмотра пациентов при обращении (поступлении) по поводу насилия, пыток и жестокого обращения.

Обязанности медицинских работников

При обращении (поступлении) пациента с жалобой на применение насилия, пыток и жестокого обращения;

при водворении лиц в установленном законом порядке в места лишения и ограничения свободы, их переводе в другое место лишения и ограничения свободы;

при причинении физических и психических страданий во время нахождения лица в местах лишения/ограничения свободы и в распоряжении правоохранительных органов или участия в событиях, сопровождающихся вмешательством сотрудников правоохранительных органов;

тических работников.

[1] Закон КР «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики».Статья 97. Обязанности работников здравоохранения.

если в отношении него имеются достаточные основания полагать, что физические и психические страдания причинены в результате насилия, пыток и жестокого обращения, ***медицинский работник обязан:***

1. Проверить при плановом поступлении пациента наличие необходимой медицинской и иной документации, при внеплановом поступлении изучить сопроводительную документацию (при ее наличии);
2. Информировать пациента о целях и задачах медицинского осмотра, объеме проводимого обследования необходимых подготовительных мероприятиях;
3. Безотлагательно провести медицинский осмотр пациента при осознанном его согласии[1];
4. Оценить состояние пациента и наличие у него медицинских показаний для госпитализации, установить предварительный диагноз заболевания и сделать необходимые назначения, при необходимости оказать неотложную медицинскую помощь;
5. Организовать или самостоятельно провести необходимые диагностические и лечебные процедуры;
6. Направить пациента при наличии медицинских показаний на дополнительные диагностические исследования, или для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи;
7. Своевременно, правильно и полно заполнить Форму медицинского осмотра при обращении (поступлении) по поводу насилия, пыток и жестокого обращения (далее – Форма);
8. Оформить (вести) иную учетную и отчетную медицинскую документацию в соответствии с установленными правилами;
9. Незамедлительно передать информацию о зарегистрированном факте пыток и жестокого обращения в территориальный орган прокуратуры, о факте применения насилия в территориальный орган внутренних дел Кыргызской Республики телефонограммой с последующим направлением в течение 24 часов письменного извещения, подписанного руководителем медицинской организации или одним из его заместителей и заверенного печатью медицинской организации.
10. Информировать пациента о результатах медицинского осмотра;
11. Информировать в доступной форме пациента о праве на обращение с заявлением в правоохранительные органы по факту применения насилия, пыток и жестокого обращения, о юридическом адресе и контактных данных этих органов;
12. Информировать пациента о праве на проведение судебно-медицинской экспертизы (освидетельствования) и порядке ее проведения;
13. Соблюдать правила и принципы врачебной этики и деонтологии, врачебную тайну;
14. Осваивать и внедрять в практику работы новые организационные формы, современные средства и методы диагностики, лечения, основанные на достижениях современной науки, практики и передового опыта учреждений здравоохранения.

[1] В Лиссабонской декларации Всемирной медицинской ассоциации особо оговаривается обязанность врачей получать добровольное и осознанное согласие психически нормальных пациентов на осмотр или проведение какого-либо обследования или иной процедуры. СП: «После сбора исходной информации и получения осознанного согласия пациента квалифицированный врач должен провести полный медицинский осмотр», п.173.

Медицинский работник при проведении медицинского осмотра обязан руководствоваться общими клиническими стандартами и положениями, принимать во внимание положения Стамбульского протокола.

Права медицинских работников

При обращении (поступлении) пациента с жалобой на применение насилия, пыток и жестокого обращения;

при водворении лиц в установленном законом порядке в места лишения /ограничения свободы, их переводе в другое место лишения и ограничения свободы;

при причинении физических и психических страданий во время нахождения лица в местах лишения/ограничения свободы и в распоряжении правоохранительных органов или участия в событиях, сопровождающихся вмешательством сотрудников правоохранительных органов;

если в отношении него имеются достаточные основания полагать, что физические и психические страдания причинены в результате насилия, пыток и жестокого обращения, медицинский работник имеет право:

1. самостоятельно устанавливать диагноз на основании клинических наблюдений и обследования, сбора анамнеза, данных клинико-лабораторных и инструментальных исследований;
2. определять тактику ведения пациента в соответствии с установленными стандартами и требованиями;
3. назначать необходимые для обследования пациента методы инструментальной, функциональной и лабораторной диагностики;
4. проводить диагностические и лечебные процедуры с использованием разрешенных методов диагностики и лечения;
5. привлекать в необходимых случаях врачей других специальностей для консультаций, обследования и лечения пациентов;
6. выписывать рецепты на лекарства, выдавать справки и листки о нетрудоспособности в порядке, установленном законодательством Кыргызской Республики[1];
7. на иные права, предусмотренные законодательством Кыргызской Республики.

4.2.2. Ответственность медицинских работников

Медицинский работник должен знать не только свои права, но также иметь представление о юридической ответственности, которая может наступить за невыполнение или ненадлежащее выполнение своих профессиональных обязанностей.

Таким образом, основанием юридической ответственности медицинских учреждений и работников является правонарушение, выражающееся в неисполнении, ненадлежащем исполнении своих обязанностей по профилактике, диагностике, лечению заболеваний лиц, обратившихся за медицинской помощью (пациентов).

Обязанности медицинских учреждений и работников корреспондируют правам пациента, поэтому можно говорить, что основанием ответственности является нарушение

[1] Закон КР «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике», статья 84.

прав пациента. Поскольку права граждан в области охраны здоровья и, в частности, права при оказании медицинской помощи (собственно права пациента), являются достаточно разнообразными, нарушения таких прав могут носить различный характер.

Информированность медицинских работников об основаниях, видах и последствиях юридической ответственности позволит, с одной стороны, самодисциплинироваться медицинским работникам, тем самым предотвратить противоправное деяние, а с другой – уменьшить вероятность необоснованного привлечения их к ответственности.

Юридическая ответственность – это установленные законом меры воздействия на правонарушителя, содержащие неблагоприятные для него последствия, применяемые государственными органами в порядке, установленном государством.

Юридическая ответственность характеризуется следующими признаками:

1. опирается на государственное принуждение, на особый аппарат;
2. это конкретная форма реализации санкций, предусмотренных нормами права;
3. наступает за совершение правонарушения, связана с общественным осуждением;
4. выражается в определенных отрицательных последствиях для правонарушителя личного, имущественного, организационно-физического характера;
5. воплощается в процессуальной форме.

Закон «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» устанавливает, что организации здравоохранения независимо от форм собственности, оказывающие медико-санитарную помощь, несут ответственность за причиненный ущерб здоровью граждан в порядке и объеме, определенных законодательством Кыргызской Республики[1]. Аналогичную норму включает Закон «Об организациях здравоохранения в Кыргызской Республики[2].

В соответствии со статьей 102 Закон «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» медицинские и фармацевтические работники в соответствии с законодательством Кыргызской Республики несут ответственность за нарушение врачебной этики, причиненный ущерб здоровью граждан, разглашение врачебной тайны.

В медицинском праве выделяют пять основных видов юридической ответственности:

- уголовную ответственность;
- административную ответственность;
- гражданско-правовую ответственность;
- дисциплинарную ответственность;
- материальную.

Каждый из видов имеет специфическое основание (вид правонарушения), особый порядок реализации, специфические меры принуждения[3].

Уголовная ответственность

Уголовная ответственность наступает за преступления и поэтому представляет собой наиболее суровый вид юридической ответственности. Только наличие в действиях

[1] Закон «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике», ст. 103.

[2] Закон «Об организациях здравоохранения в Кыргызской Республике» от 13 августа 2004 года N 116, ст. 27.

[3] А.А. Кралько «Правовая ответственность медицинских работников», «Медицинские новости».

индивида состава уголовного преступления служит основанием возникновения уголовной ответственности.

Преступлением, за совершение которого медицинские работники могут быть привлечены к уголовной ответственности, считается такое противоправное действие или бездействие, которое совершено виновно умышленно или по неосторожности.

Преступления признаются совершенными по неосторожности, если лицо, его совершившее, предвидело возможность наступления общественно опасных (вредных) последствий своего действия или бездействия, но легкомысленно рассчитывало на их предотвращение, либо не предвидело наступления таких последствий, но могло и должно было их предвидеть.

Уголовная ответственность наступает лишь за те действия или бездействие, которые определены УК КР как преступные. Наиболее опасными преступлениями, затрагивающими интересы пациента в области охраны здоровья, являются:

Причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (статья 101 ч.2 УК КР)

Причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей, а равно причинение смерти по неосторожности двум или более лицам наказывается лишением свободы на срок от трех до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

Неосторожное причинение смерти может быть результатом как действия, так и бездействия медицинского работника, проявляющееся в виде грубого нарушения или невыполнения профессиональных правил, невнимательности, небрежности, самонадеянности и т.д.

С юридической позиции преступленные действия, повлекшие смерть потерпевшего, могут рассматриваться в том случае, когда медицинский работник не имел умысла на причинение смерти пациенту, но между его деянием (действием или бездействием) и наступлением смерти имеется прямая причинно-следственная связь. Необходимо отметить, что причинение смерти по неосторожности означает, что медицинский работник не предвидел возможности наступления общественно-опасных последствий своих действий (бездействия) или отнесся к ним легкомысленно, но при необходимой внимательности и предусмотрительности должен был и мог их предвидеть.

Ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинским работником (статья 119 УК КР)

Невыполнение или ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским работником, вызвавшее длительное расстройство здоровья, соединенное со стойкой утратой трудоспособности не менее чем на одну треть, наказывается лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до пяти лет либо штрафом в размере от двадцати до пятидесяти расчетных показателей. То же деяние, если оно повлекло за собой смерть потерпевшего, наказывается ограничением свободы на срок до пяти лет либо лишением свободы на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет.

Данное преступление является видом халатности, допущенной медицинским работником.

Профессиональные обязанности медицинского работника определяются законами, подзаконными актами (инструкциями, положениями), ведомственными нормативными актами (приказами). Невыполнением профессиональных обязанностей считается несовершение действий, входящих в круг профессиональных обязанностей. В содержание этого понятия входит также неоказание помощи больному.

Под ненадлежащим выполнением обязанностей понимается нерадивое, формальное, нечеткое или неполное их осуществление. Субъективная сторона преступления характеризуется неосторожной виной, т.е. преступным легкомыслием или небрежностью.

Между ненадлежащим исполнением профессиональных обязанностей медицинским работником и наступившими последствиями должна быть установлена причинно-следственная связь. Если предусмотренные в законе последствия наступили не в результате ненадлежащего врачевания, а в силу других причин, ответственность медицинского работника исключается. Для определения причин смерти, причинения менее тяжкого телесного повреждения, а также повреждения, относящегося к категории тяжкого, установления факта ненадлежащего врачевания проводится судебно-медицинская экспертиза.

Незаконное прерывание лечения больного (статья 120 УК КР)

Незаконное прерывание медицинским работником лечения больного, находящегося в тяжелом состоянии, в результате которого по неосторожности наступили тяжкие последствия, наказывается лишением свободы на срок до трех лет.

Объективная сторона преступления заключается в действии, направленном на прерывание, остановку лечения больного, находящегося в тяжелом состоянии, т.е. временной отмены терапии, не соответствующей методике лечения таких больных. Потерпевшим по данному преступлению является больное лицо, которому угрожает реальная опасность летального исхода.

Виновный привлекается к ответственности с момента наступления тяжких послед-ствий, которыми могут быть тяжкий вред здоровью потерпевшего, в том числе его смерть. Необходимым является установление причинной связи между незаконным прерыванием и наступившими тяжкими последствиями для потерпевшего.

Не может признаваться преступлением деяние, подпадающее под признаки данного преступления, совершенное в состоянии крайней необходимости или при обоснованном риске. Субъективная сторона посягательства характеризуется неосторожной формой вины, т.е. легкомыслием или небрежностью.

Оставление в опасности (статья 121 УК КР)

Заведомое оставление без помощи лица, находящегося в опасном для жизни или здоровья состоянии и лишенного возможности принять меры к самосохранению по мало-летству, старости, болезни или вследствие своей беспомощности, в случаях, если винов-ный мог оказать потерпевшему помощь и был обязан иметь о нем заботу либо сам поставил его в опасное для жизни состояние, наказывается штрафом в размере до двадцати пяти минимальных месячных заработных плат либо арестом на срок до трех месяцев. То же деяние, если оно повлекло за собой тяжкие последствия, наказывается лишением свободы на срок до трех лет.

Объективная сторона посягательства заключается в бездействии. Закон предусматривает уголовную ответственность за оставление в опасности в двух случаях: когда виновный сам поставил потерпевшего в опасное для жизни состояние, или когда виновный должен был позаботиться о нем и мог оказать потерпевшему помощь.

Признак «заведомости» оставления без помощи означает, что виновный осознает наличие опасности для жизни или здоровья потерпевшего, а также то, что он не может принять меры к самосохранению в силу различных характеризующих потерпевшего обстоятельств.

Разглашение врачебной тайны (статья 145 УК КР)

Разглашение медицинским, фармацевтическим или иным работником без профессиональной и служебной необходимости сведений о заболевании или результатах медицинского освидетельствования пациента, наказывается штрафом в размере до тридцати минимальных месячных заработных плат. То же деяние, выразившееся в сообщении сведений о наличии у лица вируса иммунодефицита человека, наказывается штрафом в размере до пятидесяти минимальных месячных заработных плат либо лишением свободы на срок до двух лет. Те же деяния, если они по неосторожности повлекли тяжкие последствия, наказываются лишением свободы на срок до трех лет.

Непосредственный объект преступления – конституционное право гражданина на личную и семейную тайну (ст.16 Конституции Кыргызской Республики).

Объективная сторона преступления состоит в разглашение медицинским, фармацевтическим или иным работником без профессиональной и служебной необходимости сведений о заболевании или результатах медицинского освидетельствования пациента.

Разглашение означает сообщение указанных сведений хотя бы одному лицу, опубликование в печати, сообщение в электронных средствах массовой информации указанных сведений, в результате чего они стали известны посторонним лицам.

Предметом разглашения являются сведения о заболевании или результатах медицинского освидетельствования.

Профессиональная и служебная необходимость, при наличии которой допускается предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя, предусмотрена статьей 91 Закона «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике»:

- в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;
- при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
- по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;
- в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 16 лет для информирования его родителей или законных представителей;
- при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий.

Медицинские работники государственных и муниципальных медицинских учреждений, которые в силу закрепленных за ними постоянно, временно или по специальному полномочию специальных функций, наделяются статусом должностного лица, могут быть субъектом должностного преступления, то есть такого деяния, которое направлено против государственной власти, интересов государственной службы в органах самоуправления. Они приводятся в главе 30 УК КР.

Согласно редакции примечания к ст.304 УК КР должностными лицами в статьях главы 30 УК КР являются лица, выполняющие организационно-распорядительные, административно-хозяйственные и контрольно-ревизионные функции в государственных органах, органах местного самоуправления, государственных и муниципальных учреждениях, а также в Вооруженных силах Кыргызской Республики и иных воинских формированиях.

Пленум Верховного суда Кыргызской Республики отметил, что не являются субъектами должностного преступления те работники государственных и муниципальных учреждений, выполняющие в них лишь профессиональные или технические обязанности, которые не относятся к организационно-распорядительным или административно-хозяйственным функциям.

Следовательно, не могут быть субъектами врачи и лица среднего медицинского персонала за недобросовестное выполнение профессионально-лечебных обязанностей (постановка диагноза, оказание непосредственной лечебной помощи, производство операции и т.д.). Такие лица за различные упущения при оказании лечебной помощи гражданам (например, врач допускает ошибку при операции) подлежат ответственности за преступления против личности.

Однако, если наряду с осуществлением профессиональных или технических обязанностей, на данного работника в установленном порядке возложено и исполнение организационно-распорядительных или административно-хозяйственных функций, то в случае их нарушения он может нести ответственность за рассматриваемое преступление (например, врач – за злоупотребление полномочиями, связанными с выдачей листков нетрудоспособности или с участием в работе ВТЭК, призывных комиссий)[1].

Таким образом, медицинские работники наделяются статусом должностного лица не в связи с их профессией, а в связи с исполнением обязанностей по службе. К таковым могут относиться, например, медицинские работники, которые занимают руководящие должности, выполняя организационно-распорядительные функции (руководители органов управления здравоохранением и их заместители, руководители структурных подразделений этих органов, главные врачи лечебно-профилактических и других учреждений здравоохранения, их заместители), а также лица, временно исполняющие эти обязанности, к которым относится дежурный врач, либо административно-хозяйственные функции (старшая медсестра).

Ниже приведены некоторые основные составы должностных преступлений, по которым могут быть квалифицированы противоправные действия отдельных медицинских работников, наделенных статусом должностного лица.

Злоупотребление должностным положением (статья 304 УК КР)

Использование должностным лицом своего служебного положения вопреки интересам службы, если это деяние повлекло существенное нарушение прав и законных интересов граждан или юридических лиц либо охраняемых законом интересов общества или государства, наказывается штрафом в размере от ста до двухсот минимальных

[1] Постановление Пленума Верховного суда Кыргызской Республики «О некоторых вопросах применения судами Кыргызской Республики законодательства об ответственности за должностные преступления» от 27 сентября 2003 года N 15, п.3.

месячных заработных плат либо лишением свободы на срок от трех до пяти лет с конфискацией имущества или без таковой.

То же деяние, совершенное с целью извлечения выгод и преимуществ для себя или других лиц, а также иной личной заинтересованностью, наказывается штрафом в размере от двухсот до пятисот минимальных месячных заработных плат либо лишением свободы на срок от трех до шести лет с конфискацией имущества или без таковой

Объективная сторона злоупотребления должностным положением характеризуется следующими обязательными признаками в их совокупности:

1. деяние в виде использования должностным лицом своих служебных полномочий вопреки интересам службы;
2. наступление последствий в виде существенного нарушения прав и законных интересов граждан или юридических лиц либо охраняемых законом интересов общества или государства;
3. причинная связь между деянием и последствием.

Злоупотреблением должностными полномочиями могут быть признаны такие действия должностного лица, которые вытекали из его служебных полномочий и связаны с осуществлением прав и обязанностей, которыми это лицо наделено в силу занимаемой должности.

Конкретные формы злоупотребления должностным положением могут быть самыми разнообразными (сферы деятельности должностных лиц весьма различны), они могут быть осуществляться в виде как действия, так и бездействия (умышленное несовершение должностным лицом каких-либо действий по службе, которые оно обязано совершить и для совершения которых имеет реальную возможность).

Обязательным признаком объективной стороны злоупотребления должностным положением является наличие общественно опасного последствия в виде существенного нарушения прав и законных интересов граждан или юридических лиц либо охраняемых законом интересов общества или государства.

С субъективной стороны злоупотребление должностным положением – умышленное преступление. Субъект сознает общественную опасность злоупотребления должностным положением, т.е. что совершает действия вопреки интересам службы, предвидит возможность или неизбежность наступления последствий в виде существенного нарушения прав, законных интересов граждан или организаций либо охраняемых законом интересов общества или государства и желает их наступления или не желает, но сознательно допус-кает эти последствия либо относится к ним безразлично.

Наличие мотива преступления в составе, предусмотренном ст.304 УК, обязательно. Он определен в законе как личная заинтересованность. Личная заинтересованность как мотив злоупотребления должностным положением может быть выражена в желании субъекта извлечь из своих действий выгоду неимущественного характера: угодить начальству, карьеризм, кумовство и т.д.

Превышение должностных полномочий (статья 305 УК КР)

Совершение должностным лицом действий, явно выходящих за пределы его полномочий и повлекших существенное нарушение прав и законных интересов граждан или организаций либо охраняемых законом интересов общества или государства, наказывается штрафом в размере от ста до двухсот минимальных месячных

заработных плат либо лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до пяти лет, либо лишением свободы на срок до четырех лет.

То же деяние, совершенное:

- в интересах организованной группы или преступного сообщества;
- должностным лицом, занимающим ответственное положение;
- с применением физического насилия или угрозы его применения;
- с применением оружия или специальных средств;
- с причинением тяжких последствий,

наказывается лишением свободы на срок от четырех до восьми лет с конфискацией имущества или без таковой с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет.

Основные виды превышения должностных полномочий:

- совершение должностным лицом действий, которые относятся к полномочиям другого должностного лица;
- совершение должностным лицом действий, которые могли быть совершены им самим только при наличии особых обстоятельств, указанных в законе или подзаконном акте;
- совершение должностным лицом единолично действий, которые имеет право совершить только коллегиальный орган;
- совершение должностным лицом действий, которые никто и ни при каких обстоятельствах не вправе совершать.

Общим для всех этих случаев является то, что должностное лицо совершает действия, явно выходящие за пределы его прав и полномочий.

Объективная сторона данного состава может выполняться как в виде активных действий, так и бездействия (невыполнение постановления об освобождении из-под стражи со стороны начальника следственного изолятора).

Обязательными признакам объективной стороны превышения должностных полномочий являются наступление общественно опасного последствия в виде существенного нарушения прав и законных интересов граждан или организаций либо охраняемых законом интересов общества или государства, а также причинная связь между деянием и последствием.

Субъективная сторона превышения должностных полномочий характеризуется виной в форме прямого или косвенного умысла. Лицо сознает общественную опасность превышения должностных полномочий, желает совершить эти действия, предвидит возможность или неизбежность наступления общественно опасных последствий в виде существенного нарушения прав и законных интересов граждан или организаций либо охраняемых законом интересов общества или государства, желает их наступления или не желает, но сознательно допускает эти последствия.

Мотив и цель превышения должностных полномочий не входят в число обязательных признаков состава и не оказывают существенного влияния на факт наступления уголовной ответственности.

Преступления, предусмотренные статьями 313 **(Вымогательство взятки),** 313-1 **(Получение взятки),** 313-2 **(Посредничество во взяточничестве),** 314 **(Дача взятки)** УК КР не являются профессиональными преступлениями и часто встречаются среди разного рода чиновников государственной системы. К ним может относиться медицинский работник, наделенный статусом должностного лица. Тем не менее, взятка – это преступление, актуальное в здравоохранении, тем более что некоторые медицинские работники принимают его за вознаграждением за труд, который в настоящее время обесценен.

Служебный подлог (статья 315 УК КР)

Служебный подлог, то есть внесение должностным лицом, а также государственным служащим или служащим органа местного самоуправления, в том числе не являющимся должностным лицом, в официальные документы заведомо ложных сведений, а равно внесение в указанные документы исправлений, искажающих их действительное содержание, если эти деяния совершены из корыстной или иной личной заинтересованности, а также совершенное с целью смены собственника помимо его воли, наказывается штрафом в размере от одной тысячи до трех тысяч расчетных показателей с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет либо исправительными работами сроком до двух лет или лишением свободы на срок до двух лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет. Те же деяния, повлекшие существенное нарушение прав и законных интересов граждан или организаций либо охраняемых законом интересов общества или государства, наказываются штрафом в размере от четырех тысяч до семи тысяч расчетных показателей с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет либо лишением свободы на срок от трех до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет.

Предметом рассматриваемого преступления являются только официальные документы – материальные носители информации, письменные акты органов государственной власти и государственного управления, а также органов местного самоуправления и иных государственных учреждений. Официальные документы, удостоверяющие определенные факты или события, имеющие юридическое значение, обладают, по общему правилу, соответствующей формой и реквизитами (бланк, штамп, печать, входящий или исходящий номер, дата, наименование должности и подпись надлежащего лица). Применительно к деятельности медицинских работников под официальными документами подразумеваются справки, больничные листы, рецепты и т.д.

Документы, исходящие из различных коммерческих структур, независимо от формы собственности, а также некоммерческих структур, не являющихся государственным органом местного самоуправления, предметом рассматриваемого преступления быть не могут. Их подлог может образовать состав преступления, предусмотренного ст.350 УК.

Подлог документов может выражаться в трех альтернативных действиях:

1. внесение в документы заведомо ложных сведений и записей, при этом сохраняются признаки и реквизиты подлинного документа, а ложными являются внесенные в его текст цифровые материалы, даты выдачи или регистрации;
2. подделка официальных документов, что означает полное изготовление подложного документа, либо внесение в подлинный документ искажений (стирание, вытравливание сведений с целью проставления новых);

3. внесение в официальный документ заведомо ложных сведений и записей, его удостоверение как подлинного и последующая передача такого подложного документа заинтересованному лицу (например, выдача справки).

Служебный подлог – преступление, совершаемое с прямым умыслом. Виновный сознает, что он подделывает официальный документ, и желает этого. Обязательным при-знаком субъективной стороны рассматриваемого преступления являются определенные мотивы – корыстная или иная личная заинтересованность.

Фальсификация медицинских документов, если при этом причиняется существенный вред, образует состав преступления, предусмотренного ст. 315 УК КР.

Халатность (статья 316 УК КР)

Халатность, то есть неисполнение или ненадлежащее исполнение должностным лицом своих обязанностей вследствие недобросовестного или небрежного отношения к службе, если это повлекло причинение крупного ущерба или нарушение прав и законных интересов граждан или организаций либо охраняемых законом интересов общества или государства, наказывается штрафом в размере от одной тысячи до трех тысяч расчетных показателей либо исправительными работами на срок до одного года. То же деяние, повлекшее по неосторожности смерть человека или иные тяжкие последствия, наказывается лишением свободы на срок до пяти лет. Деяние, предусмотренное частью первой настоящей статьи, повлекшее по неосторожности смерть двух или более лиц, наказывается лишением свободы на срок от четырех до семи лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

Неисполнение должностным лицом своих обязанностей может быть как полным, так и частичным и выражается в его бездействии при наличии обязанности и реальной возможности выполнять определенные функции, вытекающие из служебного положения. Нельзя вменять в вину должностному лицу несовершение им действий, которые не входили в его обязанности.

Ненадлежащим исполнением должностным лицом своих обязанностей является неполное, несвоевременное, неточное их исполнение.

Обязанности должностного лица определяются законами, подзаконными актами (инструкциями, положениями), трудовым соглашением (контрактом) или приказом вышестоящего лица (органа управления).

Для привлечения к уголовной ответственности за халатность необходимо устанавливать:

1. какие служебные права и обязанности были возложены на должностное лицо и какими нормативными документами они были определены;
2. какие именно обязанности были не исполнены или исполнены ненадлежащим образом;
3. повлекло ли это деяние существенное нарушение прав и законных интересов;
4. имело ли должностное лицо реальную возможность (объективно и субъективно) для надлежащего исполнения служебных обязанностей.

От халатности как должностного преступления, состоящего в неисполнении или ненадлежащем исполнении должностным лицом своих обязанностей, следует отличать случаи неисполнения или ненадлежащего исполнения профессиональных обязанно-

стей, никак не связанных с должностными полномочиями субъекта: например, врач за допущенную врачебную ошибку будет нести ответственность за вред, причиненный здоровью потерпевшего. Иная личная заинтересованность, как мотив злоупотребления должностным положением или служебного подлога, может быть выражена в желании субъекта извлечь из своих действий выгоду неимущественного характера: угодить начальству, кумовство, карьеризм, желание приукрасить действительное положение, получить взаимную услугу, заручиться поддержкой в решении какого-либо вопроса, скрыть свою некомпетентность и т.п.

Специальными субъектами преступлений против правосудия выступают судебные эксперты, а также врачи, привлеченные в установленном процессуальным законом порядке в качестве специалистов. Так, УК КР предусматривает уголовную ответственность за **заведомо ложное заключение эксперта, специалиста** (статья 330), **отказ или уклонение эксперта от дачи заключения** (статья 331), **разглашение данных следствия** (статья 333).

Перечисленные деяния со стороны лиц, призванных содействовать осуществлению правосудия, препятствуют полному, всестороннему и объективному расследованию и в целом – осуществлению правосудия. Нормальное функционирование судебной системы – основной объект данного преступления. В некоторых случаях дополнительным объектом выступают права и законные интересы граждан, которые нарушаются перечисленными деяниями.

Административная ответственность

Административная ответственность является разновидностью юридической ответственности, которая наступает за правонарушения, предусмотренные Кодексом Кыргызской Республики об административной ответственности (далее – КоАО КР)[1].

[1] Введен в действие Законом КР от 4 августа 1998 года № 115. В редакции Законов КР от 27 ноября 1999 года № 131, 10 марта 2002 года № 33, 20 марта 2002 года № 42, 22 июня 2002 года № 109, 17 февраля 2003 года № 36, 19 февраля 2003 года № 42, 11 июня 2003 года № 98, 11 июня 2003 года № 100, 28 июня 2003 года № 121, 5 августа 2003 года № 191, 5 августа 2003 года № 192, 9 августа 2003 года № 193, 14 ноября 2003 года № 221, 15 февраля 2004 года № 13, 9 марта 2004 года № 18, 11 марта 2004 года № 20, 11 июня 2004 года № 71, 26 июля 2004 года № 98, 27 июля 2004 года № 100, 2 августа 2004 года № 102, 23 декабря 2004 года № 194, 25 февраля 2005 года № 39, 5 марта 2005 года № 43, 18 июля 2005 года № 107, 18 июля 2005 года № 109, 5 августа 2005 года № 121, 5 августа 2005 года № 122, 27 января 2006 года № 16, 6 фев-раля 2006 года № 35, 13 февраля 2006 года № 52, 13 февраля 2006 года № 53, 25 июля 2006 года № 127, 26 июля 2006 года № 130, 8 августа 2006 года № 159, 21 августа 2006 года № 174, 6 декабря 2006 года № 198, 28 декабря 2006 года № 212, 1 марта 2007 года № 29, 5 марта 2007 года № 31, 5 марта 2007 года № 32, 9 марта 2007 года № 33, 28 апреля 2007 года № 65, 25 июня 2007 года № 91, 31 июля 2007 года № 130, 9 ноября 2007 года № 162, 24 апреля 2008 года № 64, 25 апреля 2008 года № 67, 25 апреля 2008 года № 68, 2 июня 2008 года № 102, 2 июня 2008 года № 104, 11 июня 2008 года № 115, 23 июня 2008 года № 136, 28 июля 2008 года № 179, 4 августа 2008 года № 185, 5 августа 2008 года № 199, 17 октября 2008 года № 214, 17 октября 2008 года № 231, 20 ноября 2008 года № 239, 17 декабря 2008 года № 264, 19 января 2009 года № 9, 23 января 2009 года № 20, 24 февраля 2009 года № 65, 30 марта 2009 года № 117, 30 апреля 2009 года № 140, 26 июня 2009 года № 194, 3 июля 2009 года № 202, 17 июля 2009 года № 234, 24 июля 2009 года № 250, 13 октября 2009 года № 272, 17 декабря 2009 года № 308, 25 декабря 2009 года № 315, 10 февраля 2010 года № 27, 25 февраля 2010 года № 35, 30 мая 2011 года № 33, 22 июля 2011 года № 123, 26 июля 2011 года № 141, 8 августа 2011 года № 151, 5 октября 2011 года № 158, 18 октября 2011 года № 177, 18 ноября 2011 года № 217, 12 декабря 2011 года № 233, 16 декабря 2011 года № 239, 16 декабря 2011 года № 240, 21 декабря 2011 года № 245, 1 марта 2012 года № 10, 11 апреля 2012 года № 30, 11 апреля 2012 года № 31, 8 мая 2012 года № 48, 12 июля 2012 года № 105, 16 июля 2012 года № 111, 16 июля 2012 года № 115, 25 июля 2012 года № 130, 25 июля 2012 года № 136, 25 июля 2012 года № 139, 25 июля 2012 года № 142 , 10 августа 2012 года № 164, 6 октября 2012 года №169, 29 октября 2012 года №177, 8 ноября 2012 года №179, 16 ноября 2012 года №183, 21 ноября 2012 года №186, 10 декабря 2012 года № 198, 21 декабря 2012

Так, согласно статье 9 КоАО КР, административным правонарушением (проступком) признается противоправное, виновное (умышленное или неосторожное) действие или бездействие физического или юридического лица, за которое установлена административная ответственность.

Административная ответственность применительно к медицинским работникам применяется за совершение административных правонарушений, посягающих на охрану здоровья граждан, и состоит в наложении административного взыскания, предусмотренного соответствующей статьей КоАО КР.

Гражданско-правовая ответственность

Гражданско-правовая ответственность предусмотрена за нарушение договорных обязательств или за причинение внедоговорного имущественного ущерба. Она наступает независимо от уголовной, административной или дисциплинарной ответственности и применяется отдельно либо дополняет их. Однако если другие виды ответственности направлены на достижение общественного порядка и наказание правонарушителей, то гражданско-правовая преследует цель компенсации материального и морального вреда, например причиненного пациенту в процессе оказания медицинской помощи.

Оказание медицинских услуг ненадлежащего качества зачастую приводит не только к неудовлетворенности больного или к нарушению условий договора, но и к причине-нию вреда здоровью и жизни пациента. В случае причинения вреда жизни и здоровью в результате оказания медицинской услуги и обращения потерпевшего пациента в суд с требованием возмещения этого вреда вопросы оценки качества медицинской услуги переходят в чисто юридическую плоскость, и оценивать суду приходится не качество медицинской услуги, а действия медицинского учреждения – медицинского работника, причинившего вред, как правомерное или противоправное поведение.

Правовым основанием гражданско-правовой ответственности за причинение вреда при ненадлежащем оказании медицинской услуги являются нормы главы 51 Гражданского кодекса Кыргызской Республики (далее – ГК КР) «Обязательства вследствие причинения вреда». Так, статья 993 ГК КР устанавливает общие основания ответственности за причинение вреда, согласно которым вред, причиненный личности или имуществу гражданина, а также вред, причиненный юридическому лицу, подлежит возмещению лицом, причинившим вред (генеральный деликт). Статья 997 ГК КР предусматривает ответственность юридического лица за вред, причиненный его работником при исполнении трудовых (служебных, должностных) обязанностей (специальный деликт).

Таким образом, деликтная ответственность медицинского учреждения – медицинского работника: наступает при наличии следующих оснований:

- вред, причиненный жизни и здоровью пациента

Под вредом в гражданском праве понимается умаление, уничтожение какого-либо блага, наличие неблагоприятных последствий. Медицинское учреждение может причинить

года № 203, 10 января 2013 года №2, 13 февраля 2013 года № 14 , 20 февраля 2013 года № 26 , 25 февраля 2013 года № 35, 18 апреля 2013 года № 53, 18 апреля 2013 года № 54, 24 июня 2013 года № 97, 9 июля 2013 года № 121, 17 июля 2013 года № 148, 24 июля 2013 года № 159, 30 июля 2013 года № 171, 16 октября 2013 года № 192, 13 января 2014 года № 9, 27 января 2014 года № 17, 3 февраля 2014 года № 25, 18 февраля 2014 года № 31, 18 февраля 2014 года № 33, 13 марта 2014 года № 44, 11 апреля 2014 года № 56, 17 мая 2014 года № 69, 17 мая 2014 года № 70, 22 мая 2014 года № 73, 26 июня 2014 года № 96, 1 июля 2014 года № 108, 3 июля 2014 года № 110, 10 июля 2014 года № 127, 12 июля 2014 года № 130 14 июля 2014 года № 132, 18 июля 2014 года № 140, 25 октября 2014 года № 148

вред личности или имуществу пациента. Вред, причиненный здоровью пациента в результате виновных действий (бездействия) медицинского учреждения, может выражаться в утрате (полностью или частично) заработка, в несении каких-либо дополнительных расходов (на лекарства, усиленное питание, посторонний уход за потерпевшим и др.). Если медицинское учреждение причинило вред, и он не поправим, а тем более если последовала смерть пациента, то ответственность перед ним наступает в форме денежной компенсации.

- противоправность поведения непосредственного причинителя вреда в форме неисполнения или ненадлежащего исполнения медицинским работником профессиональных обязанностей

Под противоправностью действий (бездействия) медицинских учреждений понимается нарушение их работниками законов или подзаконных актов, регулирующих лечебную деятельность этих учреждений, несоответствие медицинской услуги стандарту, условиям договора или обычно предъявляемым требованиям. Для оценки действий (бездействия) работников медицинского учреждения или врача как противоправных исходным моментом является анализ объема и содержание их обязанностей, предусмотренных применительно к тому или иному медицинскому случаю. Обязанность по доказыванию правомерности своих действий, повлекших причинение вреда здоровью пациента, возлагается на медицинское учреждение – медицинского работника.

- причинная связь между вредом и противоправным поведением (ненадлежащим лечением и вредом здоровью)

Объективным условием наступления гражданско-правовой ответственности является наличие причинной связи между противоправным деянием медицинского учреждения и наступившим вредом. В случае неочевидности причиной связи, когда неблагоприятный результат не следует непосредственно после неправомерных действий, или порождает целый ряд отрицательных факторов, усложняющих оценку состояния здоровья пациента, оценку причинения вреда и причинную связь с противоправным поведением медицинского работника определяет эксперт.

- вина медицинского причинителя вреда

Ответственность по неисполненным или исполненным ненадлежащим образом обязательствам медицинское учреждение несет, как правило, при наличии вины. При осуществлении медицинской деятельности медицинский работник является субъектом оказания медицинской услуги, а учреждение, с которым он связан трудовыми отношениями, – субъектом ее предоставления. Неблагоприятные для здоровья пациента последствия непрофессиональных действий медицинского работника влекут как его персональ-ную ответственность, так и имущественную ответственность учреждения, в котором он работает. Лечебное учреждение признается виновным, если установлена вина его работников, выражающаяся в ненадлежащем (виновном) исполнении своих служебных обязанностей по оказанию медицинской помощи.

В случаях, установленных законом, предусмотрена ответственность независимо от вины. Это касается гражданско-правовой ответственности за вред, причиненный источником повышенной опасности, к которым можно отнести некоторые объекты, используемые в процессе оказания медицинской помощи: рентгеновские установки, радоновые ванны, лазерные аппараты, ядовитые, наркотические, сильнодействующие лекарственные препараты, взрыво- и огнеопасные вещества и т. д.

Дисциплинарная ответственность

Дисциплинарная ответственность наступает вследствие совершения дисциплинарных проступков. Дисциплинарными санкциями могут быть замечание, выговор, увольнение с работы. Осуществляется дисциплинарная ответственность через должностных лиц, обладающих дисциплинарной властью.

За нарушение своих трудовых (служебных) обязанностей, в том числе и по отношению к пациентам, медицинские работники несут ответственность в порядке, установленном трудовым законодательством.

Так, в соответствии со статьей 146 Трудового кодекса Кыргызской Республики за нарушение трудовой дисциплины, то есть противоправное неисполнение или ненадлежащее исполнение работником по его вине возложенных на него трудовых обязанностей, работодатель вправе применить следующие дисциплинарные взыскания:

1. замечание;
2. выговор;
3. увольнение по соответствующим основаниям.

Законами, уставами и положениями о дисциплине для отдельных категорий работников могут быть предусмотрены также и другие дисциплинарные взыскания. Не допускается применение мер дисциплинарного взыскания, не предусмотренных законами, уставами или положениями о дисциплине[1].

Материальная ответственность

Материальная ответственность наступает за ущерб, причиненный медицинскому учреждению медицинскими работниками при исполнении ими своих трудовых обязанностей.

Глава 5. Правильное документирование и регистрация доказательств насилия, пыток и жестокого обращения

В целях своевременного выявления и документирования медицинских доказательств насилия, пыток и жестокого обращения проводится медицинский осмотр.

Медицинский осмотр при обращении (поступлении) в организации здравоохранения лиц по поводу насилия, пыток и жестокого обращения (далее – медицинский осмотр) проводится медицинскими работниками государственных, муниципальных организаций здравоохранения, ведомственных медицинских, медико-санитарных служб, частных организаций здравоохранения. Министерство Здравоохранения КР официально признало международные стандарты эффективного расследования и документирования пыток и жестокого обращения, после чего применение данных стандартов является обязательным.

[1] Трудовой кодекс Кыргызской Республики от 4 августа 2004 года № 106 (В редакции Законов КР от 8 ок-тября 2004 года № 181, 30 июня 2005 года № 85, 31 июля 2007 года № 117, 7 августа 2007 года № 136, 17 марта 2008 года № 21, 19 апреля 2008 года № 61, 25 июля 2008 года № 168, 20 января 2009 года № 10, 24 февраля 2009 года № 63, 30 марта 2009 года № 103 , 12 октября 2009 года № 260, 18 мая 2012 года № 59, 5 июля 2012 года № 97 , 10 августа 2012 года № 164, 20 ноября 2012 года № 185, 15 июля 2013 года № 141, 1 ноября 2013 года № 198)

Медицинский осмотр состоит в оценке физического и психического состояния пациента посредством опроса (анкетирования) пациента и необходимых медицинских вмешательств.

Основными задачами медицинского работника в связи с проведением медицинского осмотра являются:

- информирование пациента о целях и задачах медицинского осмотра, объеме проводимого обследования и лечении;
- безотлагательное проведение медицинского осмотра пациента при осознанном его согласии;
- установление диагноза заболевания (оценка состояния) пациента;
- оказание пациенту первичной медицинской помощи при необходимости и назначение необходимого лечения;
- направление при наличии медицинских показаний на дополнительные исследования, консультации и специализированное лечение в соответствующие организации здравоохранения;
- своевременное, правильное и полное заполнение Формы медицинского осмотра при обращении (поступлении) по поводу насилия, пыток и жестокого обращения (далее – Форма) и оформление (ведение) иной учетной и отчетной медицинской документации;
- незамедлительное информирование территориального органа прокуратуры о зарегистрированном факте применения пыток и жестокого обращения, и территориального органа внутренних дел о факте применения насилия телефонограммой с последующим направлением в течение 24 часов письменного извещения, подписанного руководителем медицинской организации или одним из его заместителей и заверенного печатью медицинской организации;
- информирование пациента о результатах медицинского осмотра;
- информирование пациента о праве на обращение с заявлением в правоохранительные органы по факту насилия, пыток и жестокого обращения, о юридическом адресе и контактных данных этих органов;
- информирование пациента о праве на прохождение судебной медицинской, психиатрической, психологической экспертиз, а в случае пыток – обязательной комплексной экспертизы, в том числе у негосударственных экспертов/ организаций.

Медицинский работник, проводящий медицинский осмотр, должен знать законодательство Кыргызской Республики об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике; нормативно-правовые документы, регламентирующие деятельность учреждений здравоохранения; основы организации лечебно-профилактической помощи в больницах и амбулаторно-поликлинических учреждениях, скорой и неотложной медицинской помощи, службы медицины катастроф, санитарно-эпидемиологической службы, лекарственного обеспечения населения и ОЗ; теоретические основы, принципы и методы диспансеризации; организационно-экономические основы деятельности учреждений здравоохранения и медицинских работников в условиях бюджетно-страховой медицины; основы социальной гигиены, организации и экономики здравоохранения, медицинской этики и деонтологии; правовые аспекты медицинской деятельности; общие прин-

ципы и основные методы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики функционального состояния органов и систем человеческого организма; этиологию, патогенез, клиническую симптоматику, особенности течения, принципы комплексного лечения основных заболеваний; правила оказания неотложной медицинской помощи при угрожающем жизни состоянии больного; основы экспертизы временной нетрудоспособности и медико-социальной экспертизы; основы санитарного просвещения.

Медицинский осмотр проводится в обязательном порядке во всех случаях:

1. обращения (поступления) пациента с жалобами на применение насилия, пыток и жестокого обращения;
2. водворения лиц в установленном законом порядке в места лишения и ограничения свободы, их переводе в другое место лишения и ограничения свободы;
3. при причинении физических и психических страданий во время нахождения лица в местах лишения и ограничения свободы, в распоряжении правоохранительных органов или участия в событиях, сопровождающихся вмешательством сотрудников правоохранительных органов.

В случае, если пациент не заявил о насильственном характере вреда здоровью, медицинский работник организации здравоохранения на основе познаний этиологии и патогенеза телесных повреждений и состояний дает оценку тому, насколько объяснения лица соответствуют механизму возникновения вреда здоровью, после чего на основании внутреннего убеждения принимает решение о том, имеются ли достаточные основания полагать, что вред здоровью причинен в результате насилия и возникает ли обязанность провести медицинский осмотр. Медицинский работник обязан спросить о возможном насилии, в том числе сексуальном, особенно при наличии характерных физических и психических симптомов и задокументировать соответствующие доказательства, используя данную форму.

Перед началом медицинского осмотра медицинский работник должен удостовериться в личности пациента путем ознакомления с документами, удостоверяющими его личность. Отсутствие документов, удостоверяющих личность не должно быть основанием отказа от проведения медицинского осмотра пациента.

Медицинский осмотр проводится при наличии письменного информированного добровольного согласия пациента или его законного представителя (в отношении лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство), удостоверенного его подписью в соответствующей графе Формы. При подозрении в совершении насилия в отношении несовершеннолетних/недееспособных информированного согласия со стороны законных представителей не требуется, информация передается напрямую в органы прокуратуры.

Пациент вправе отказаться от проведения медицинского осмотра в целом либо от отдельных видов медицинских вмешательств, входящих в медицинский осмотр. Причина отказа фиксируется медицинским работником в порядке и по форме, которые утверждены Министерством здравоохранения Кыргызской Республики. Отказ от проведения медицинского осмотра задержанного, подозреваемого, обвиняемого, подсудимого, осужденного, удостоверяется подписью его адвоката или еще одного медицинского работника.

Медицинский осмотр проводится в условиях конфиденциальности, исключающих присутствие посторонних лиц, в том числе сотрудников правоохранительных органов. Никакие третьи стороны (следователи, прокуроры, судьи и др.) не должны присутствовать при проведении медицинского осмотра. В целях безопасности медицинского работника, по его личному запросу, медицинский осмотр может быть проведен в присутствии сотрудника, ответственного за охрану и безопасность в условиях, позволяющих сотруднику видеть медицинского работника и пациента, но не слышать.

Медицинским работникам рекомендуется делать фотографирование телесных повреждений или их последствий с использованием масштабной линейки и цветового эталона с составлением приложения – фототаблиц к Форме (фотоснимки с нумерацией и обозначениями). Отсутствие повреждений также рекомендуется зафиксировать фотографически.

Результаты медицинского осмотра и проведенных во время медицинского осмотра исследований вносятся медицинским работником в Форму установленного образца.

Порядок оформления Формы определяется Инструкцией по заполнению «Формы медицинского осмотра при обращении (поступлении) по поводу насилия, пыток и жестокого обращения.

Результаты медицинского осмотра сообщаются сразу же по окончании процедуры медицинского осмотра пациенту или его законному представителю.

Каждый случай насилия, пыток и жестокого обращения фиксируется в амбулаторной карте, истории болезни пациента, в соответствующем регистрационном журнале организации здравоохранения с указанием номера заполненной Формы.

Медицинский работник несет установленную законом ответственность за некачественный медицинский осмотр и необоснованность заключений, не оказание необходимой помощи пациенту, не проведение необходимого наблюдения и не направление пациента в случае выявления общих заболеваний или отклонений в состоянии его здоровья в специализированную организацию здравоохранения для проведения дополнительных диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

Глава 6. Судебно-медицинская экспертиза (медицинские доказательства при пытках и жестоком обращении)

6.1. Общая часть

Несмотря на то, что пытки и жестокое обращение подлежат полному запрещению и осуждению международным гуманитарным правом и правовыми системами большинства государств, они продолжают применяться более чем в половине стран.

Обычно пытки применяются государственными должностными лицами или иными лицами, выступающими в официальном качестве, которые по своим функциональным обязанностям как раз должны поддерживать и обеспечивать соблюдение законов и противодействовать нарушению прав человека. Медицинские доказательства играют важнейшую роль в большинстве расследований, связанных с применением пыток.

Пытки зачастую не оставляют физических следов или каких-либо долговременных телесных отметок. В то же время качественное, своевременное и адекватное медицинское обследование может выявить медицинские доказательства в виде физических и психологических доказательств, свидетельствующих о соответствии обстоятельств пыток и жестокого обращения, указанных жертвой и их последствий в виде телесных повреждений, эмоциональных и психических страданий.

При проведении экспертизы используются подлинные медицинские документы с результатами обследования. Медицинские документы имеют большое, а иногда и основ-ное значение в доказательстве случаев пыток, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения. Одна из трудностей использования данных медицинских документов, которое в основном обусловлено лечением пациента, может заключаться в том, что телес-ные повреждения описываются в них без указания их морфологических свойств, необхо-димых для выяснения механизма образования и давности.

Медицинский персонал организаций здравоохранения должен принять во внимание, что от качества описания в медицинской документации последствий применения пыток или бесчеловечного и унижающего человеческое достоинство обращения, во многом зависит способность судебно-медицинской экспертизы объективно доказать наличие последствий и дать им судебно-медицинскую квалификацию как телесных повреждений.

Во многих странах, как медицинское освидетельствование, так и судебно-медицинская экспертиза, как правило, проводятся одними и теми же специалистами в области здравоохранения – судебно-медицинскими экспертами.

Целью судебно-медицинской экспертизы является установление наличия, характера телесных повреждений и их следов, а также причин и механизма их образования. Во время расследования предполагаемого применения пыток всегда следует проводить надлежащую судебно-медицинскую экспертизу. Заключение о таком расследовании должно содержать:

- полный отчет о заявлениях потерпевшего, которые имеют отношение к медицинскому освидетельствованию (в том числе описание состояния здоровья потерпевшего и любых сообщений о плохом обращении);
- полный отчет о медицинских показателях, базирующийся на тщательном осмотре и обследовании данного лица;
- заключения, указывающие на степень соответствия показаний обследуемого о применении пыток/жестокого обращения (обстоятельств дела со слов подэкспертного) и выявленных объективных данных – имеющихся телесных повреждений, острых и хронических симптомов, нарушений общей трудоспособности.

При сборе медицинских доказательств, относящихся к применению пыток, действия судебно-медицинского эксперта должны соответствовать морально-этическим нормам в медицине. Во многих случаях эксперт может столкнуться с нежеланием подэкспертного (освидетельствуемого) пройти полноценную судебно-медицинскую экспертизу (освидетельствование), так как данное лицо находится в физической и психологической зависимости от сотрудников органов дознания и может отождествлять данное действие с правоохранительными органами и частью карательной системы. В связи с этим, очень важное значение имеют разъяснения о целях, задачах, методах проведения данной процедуры,

возможных положительных и негативных последствиях и получение информированного согласия на проведение экспертизы (медицинского освидетельствования) от обследуемого лица. Эксперты, проводящие обследование содержащихся под стражей лиц, должны обладать конкретными специальными познаниями в области судебного документирования пыток и других форм физического и психологического насилия. Необходим всесторонний, полный и объективный подход к исследованию. Медицинское заключение должно быть основано на фактах, тщательно сформулировано и аргументировано.

Пытки приводят к психологической травме, и также могут быть получены соответствующие доказательства. В тех случаях, когда имеет место жалобы, предположение или подозрение на пытки необходимо в обязательном порядке проведение психолого-психиатрической экспертизы. Сочетание физических и психологических доказательств, соответствующих предъявленному обвинению, усиливает общую ценность медицинского доказательства. **В связи с этим, судебно-медицинская экспертиза и документирование по факту применения пыток и других жестоких, бесчеловечных и унижающих достоинство человека наказаний и обращений, следует проводить комплексно – с участием врачей судмедэкспертов, психологов, психиатров.** В некоторых случаях, для более качественного и полного обследования с целью выявления следов пыток и их последствий, необходимо привлечение врачей узких специальностей (травматологов, хирургов, невропатологов, гинекологов, урологов и др.).

Эти аспекты, а также иные проблемы, связанные с расследованием и документированием, подробно освещены в «Стамбульском протоколе»

6.2. Принципы и методика проведения судебно-медицинской экспертизы (освидетельствования)

При проведении судебно-медицинской экспертизы и документирования актов пыток, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения, медицинские работники и судебно-медицинские эксперты обязаны руководствоваться рекомендациями данного до-кумента, основанного на принципах Стамбульского протокола («Руководство по эффек-тивному расследованию и документированию пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания» рекомендованного Генеральной Ассамблеей ООН, резолюция № 55/89 от 4 декабря 2000 года), который является международным руководством в отношении медицинского осмотра и методов документа-ции доказательств, как физических, так и психологических, фактов пыток и других видов жестокого обращения.

Для судебно-медицинского документирования должна использоваться стандартная «Форма судебно-медицинского заключения по документированию предполагаемых пыток и жестокого обращения».

Судебно-медицинская экспертиза (освидетельствование) проводится по официальному письменному запросу (постановлению, определению, направлению) органов следствия или другого соответствующего должностного лица в случаях:

1. предполагаемая жертва или ее законные представители заявили о фактах физического или психологического насилия со стороны сотрудников силовых структур, должностных лиц;

2. в отношении лица, задержанного, подвергнутого аресту или отбывающего наказание в местах лишения свободы, были применены физическая сила, специальные средства или огнестрельное оружие;
3. есть обоснованное подозрение, что на теле лица, находящегося в распоряжении государственных органов, есть травмы.

6.3. Особенности и условия проведения экспертизы

Экспертиза должна проводиться с соблюдением этических норм в области здравоохранения.

- Опрос и осмотр пострадавшего следует проводить при закрытых дверях без присутствия сотрудников правоохранительных органов, тюремных служащих. По запросу эксперта в целях безопасности медицинский осмотр может быть проведен в присутствии персонала, ответственного за охрану и безопасность. В таких случаях сотрудники службы безопасности должны оставаться вне зоны слышимости, но в поле зрения эксперта.
- Медицинские работники, судебно-медицинские эксперты в обязательном порядке должны обеспечивать фотографирование телесных повреждений или их последствий, и составить приложение – фототаблицу к медицинским документам или к судебно-медицинскому акту. Фотографии повреждений лиц, которые утверждают, что подвергались пыткам, бесчеловечному или унижающему достоинство обращению, выполняются в цвете, с использованием масштабной линейки или других средств, которые указывают масштаб фотографий и дату снимков.
- Судебно-медицинские эксперты обязаны по собственной инициативе сообщить прокурору обо всех случаях предполагаемого применения пыток, бесчеловечного или унижающего человеческое достоинство обращения, которые стали им известны при проведении экспертизы и в любых других случаях, связанных с исполнением служебных обязанностей.
- Необходимо получение информированного согласия на проведение экспертизы (медицинского освидетельствования) от обследуемого лица с предварительным разъяснением о целях, задачах, методах проведения данной процедуры, возможных положительных и негативных последствиях.
- Во время проведения экспертизы (освидетельствования) важно поддерживать доверительные и профессиональные отношения между опрашивающим и опрашиваемым, учитывать место и обстановку, в которой проводится опрос, быть терпеливым и методичным.
- Следует учитывать, что медицинскую экспертизу необходимо проводить объективно и беспристрастно.

6.4. Методика проведения экспертизы (освидетельствования)

Проведение экспертизы проводится по следующему алгоритму действий эксперта:

1. **Представление** (указание экспертом имени, должности, стажа, опыта работы);
2. **Информирование подэкспертного (обследуемого)** о цели и методах проведения освидетельствования (экспертизы), об ограничении в отношении

конфиденциальности экспертизы, о возможных преимуществах и негативных последствиях (рисках) медицинской экспертизы. Сообщить личности об их праве отказаться от проведения экспертизы (освидетельствования).

3. **Получение согласия** после оглашения вышеуказанной информации. При получении отказа, документально зафиксировать причину отказа от экспертизы. При отказе и невозможности проведения экспертизы составляется «Сообщение (Акт) о невозможности дать заключение», который составляется в двух экземплярах, подписывается экспертами, заверяется печатью организации, после чего один экземпляр направляется лицу (органу) назначившему экспертизу, второй – хранят в центре СМЭ[1].
4. При выявлении факта насилия, пыток и жестокого обращения в отношении несовершеннолетних лиц, информация о данном случае передается в органы прокуратуры в обязательном порядке, согласия обследуемого или его законных представителей не требуется.
5. **Опрос подэкспертного:** Опрос должен проводиться тактично. При этом последовательно выясняются отдельные факты и детали получения повреждений, при расспросе свидетельствуемого не следует задавать наводящих вопросов, поскольку могут иметь место элементы аггравации и симуляции. Постановка наводящих вопросов пострадавшему может привести к преувеличению субъективных симптомов травмы.

   5.1. **Сбор информации об подэкспертном:** фамилия, имя, отчество, год рождения, место рождения, гражданство.

   5.2. **Социальный анамнез и образ жизни, предшествующих аресту:** национальность, вероисповедование, семейное положение, наличие детей (кол-во, возраст), образование, профессия, работа (где, кем, стаж) условия жизни и труда, вредные привычки: курение, алкоголь, наркотики (длительность и частота употребления).

   5.3. **Предшествующие патологические процессы, заболевания** (информация может быть получена только с согласия обследуемого):

   - туберкулез, вирусный гепатит, венерические заболевания, ИППП и т.д.;
   - наличие других хронических и наследственных заболеваний;
   - перенесенные травмы (указать дату) и их последствия. Принимает ли в данное время лекарственные препараты (какие, частота приема).

   Отметить с какого времени протекали указанные заболевания; где и когда получал медицинскую помощь, в том числе манипуляции: хирургические вмешательства, переливания крови и т.д.

   Сведения об анамнезе болезни и жизни могут быть зафиксированы как со слов пациентов или их родственников, так и из официальных медицинских документов (направления, выписки и т.д.), указывая обязательно источник информации;

[1] «Правила производства судебно – медицинских экспертиз в Кыргызской Республике» утверждены Постановлением Правительства Кыргызской Республики от 12 января 2012 года №33.

5.4. Обстоятельства дела со слов подэкспертного (освидетельствуемого):

а) Сбор информации об обстоятельствах, ведущих к предполагаемым злоупотреблениям. Указать даты задержания, ареста; первоначальные и последующие места содержания под стражей/помещения в места ограничения свободы с описанием недостат-ков условий транспортировки и содержания.

б) Рассказ в произвольной форме о пытках и жестоком обращении (включая, при задержании, аресте, в каждом месте содержания под стражей/ограничения свободы).

- Точные или приблизительные даты и время применения пыток, в том числе последнего случая пыток и жестокого обращения.
- Предполагаемые правонарушители: Кто нанес повреждения (имя, фамилия, должность, пол, возраст, физические и внешние данные)? Кто при этом присутствовал?
- Описание методов пыток (обзор методов пыток см. в Приложении 11).
- Описание оружия или других использовавшихся для пыток предметов, продолжительность пыток, локализация полученных повреждений.

в) Установление наличия и описание остро развившихся симптомов после получения травмы (прямой вопрос): Потеря сознания (продолжительность), состояние оглушенности и дезориентации; кровотечения (источник, характер, продолжительность); рвота (кратность), нарушения со стороны органов чувств (носового дыхания, зрения, слуха (степень, продолжительность); боль, онемение (локализация, продолжительность), ограничение движения в костях и суставах (локализация, продолжительность), шокогенных реакций (при действиях на рефлексогенные зоны) и другие.

г) Сведения о получении медицинской помощи (где, кем оказана, вид и объем).

5.5. Сбор жалоб:

- Указываются все жалобы, представленные подэкспертным.
- Установить степень тяжести, частоту и продолжительность каждого симптома.
- Получить информацию и описать имеющиеся хронические симптомы после получения травм, связанных с применением пыток и жестокого обращения (рубцы от ран, электрических и термических ожогов, деформации костей скелетов, неправильное срастание переломов, повреждения зубов, потеря волос, миофиброз и др.). При наличии хронических функциональных нарушений и симптомов подробно отобразить наступление первых признаков и проявление начала посттравматической болезни, последовательность возникновения и эволюции симптомов во времени, возможные причины и обстоятельства их появления, предшествующие консультации и госпитализации, проводившиеся методы лечения и их эффективность.

  Возможен сбор жалоб и со слов сопровождающих родственников.

6. **Объективный осмотр:** включает в себя исследование объективного состояния по системам и органам по результатам наружного осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации. Патологические изменения, обнаруженные при осмотре пациента, подробно описываются, указывая и название по автору. Физический осмотр пациента осуществляется последовательно, по системам и органам, начиная с общего осмотра:
   - При обследовании обследуемый иммобилизован, если «да», то каким образом, по какой причине.
   - Общее состояние (удовлетворительное, умеренной тяжести, тяжелое, очень тяжелое), положение (активное, пассивное, вынужденное), конституциональный тип телосложения (нормостеник, астеник, гиперстеник), состояние (тургор, эластичность, отек, сыпь и т.д.) и цвет кожи/видимых слизистых оболочек, степень питания, состояние периферийных лимфатических узлов).
   - Осмотр лица: симметричность, наличие: отека, болей, патологической подвижности костей, крепитаций. Обследование двигательных и чувствительных компонентов черепно-мозговых нервов, восприятия запаха и вкуса.
   - Осмотр глаз на наличие следов травм: отека и кровоизлияний.
   - Осмотр носа: на наличие затруднения носового дыхания, искривления или западения спинки носа, патологической подвижности, отека, крепитаций.
   - Осмотр ушей: симметричность, наличие повреждения в области ушных раковин, сосцевидного отростка, наличие выделений из слуховых проходов, проведение акуметрии (восприятия шепотной и разговорной речи).
   - Осмотр ротовой полости/зубов:
     а) Открывание рта (подвижность в височно-нижнечелюстном суставе): полное, ограниченное, болезненное. Наличие звука « щелчка», хруста при движениях в области височно-нижнечелюстного сустава;
     б) Состояние внутренних поверхностей губ, щечных областей, неба, дефект слизистой: ссадины, кровоизлияния, изъязвления, высыпания, уплотнения;
     в) Язык (влажный, сухой, чистый, налет (белый, желтый, коричневый, серый, другой), наличие следов вдавления зубов, рубцовых изменений;
     г) Десны: язвочки, кровоточивость, участки уплотнения, кровоизлияния;
     д) Зубная формула с указанием наличия: целых зубов, кариесно измененных, сломанных зубов, протезированных. Указать какие зубы отсутствуют, состояния лунок и степень их заращения.
   - Шея: подвижность полная, с ограничениями (вперед, назад, вправо, влево), с болезненностью, крепитация в области хрящей гортани, осиплость голоса.
   - Грудная клетка: форма (нормостеническая, астеническая, гиперстеническая, эмфи-зематозная, паралитическая, рахитическая, воронкообразная, ладьевидная, кифо-сколиотическая). Ограничение подвижности при дыхательных движениях (либо отсутствие дыхательных движений в одной из половин грудной клетки), патологическая подвижность, крепитация костей грудной клетки.
   - Центральная и периферическая нервные системы: Сознание и ориентация в месте и во времени, концентрация внимания, память, состояние черепно-мозговых

нервов (неравенство глазных щелей, отклонение языка, нистагм, сглаженность носогубной складки, болезненность в местах выхода нервов и др.), нарушение координации, нарушение двигательной функции, показатели мышечной силы, наличие парестезий, гиперестезий, нарушения температурная чувствительности (необходимо задать вопрос о наличии эпилептических припадков).

- Исследование дыхательной системы: тип и частота дыхания, наличие одышки, акроцианоза при физической нагрузке, результаты перкуссии, аускультации.
- Исследование сердечно-сосудистой системы: частота сердечных сокращений, качество пульса на периферических артериях, артериальное давление. Указать о наличии одышки, отеков, набухании вен шеи.
- Живот и желудочно-кишечный тракт: состояние передней брюшной стенки, наличие патологических изменений при пальпации (наличие или отсутствие патологических жидкостей, признаков раздражения брюшины), состояние печени и селезенки, особенности дефекации, характер стула и т.д.).
- Костно-суставная и мышечная система: исследование подвижности суставов, позвоночника и конечностей. Наличие контрактур (ограничений движения в суставах) и их степень. Наличие анкилозов (в функционально выгодном (разогнутом) или функционально невыгодном (согнутом) положении). Провести пальпацию костей для установления наличия костных мозолей, деформации в местах бывших переломов.
- Обследование мочеполовой системы: расстройства мочеиспускания, изменение цвета мочи, наличие крови в моче (макрогематурия), симптом поколачивания, состояние почек при пальпации и т.д.
- Осмотр наружных половых органов: врачу следует объяснить обследуемому все возможные медицинские аспекты и действовать в соответствии с пожеланиями жертвы. В обязанности врача входит получение добровольного осознанного согласия на осмотр и обследование.
  - У женщин необходимо осмотреть наружные половые органы на наличие следов травмирования в виде осаднений, кровоизлияний, разрывов (надрывов).
  - У мужчин осмотр включает обследование полового члена (состояние пещеристых тел, крайней плоти (подвижность), уздечки, наружного мочеиспускательного канала), осматривают форму и величину мошонки, наличие яичек, пальпаторное исследование яичек.

7. Локальные изменения (status localis) – необходимо исследовать и подробно описать все повреждения, обнаруженные на теле пациента (см. Приложение 12);

7.1. При описании повреждений не допускается замена их морфологических характеристик общими выражениями или диагнозами (например, ушибы мягких тканей, входное/выходное отверстие, резаная рана и т.д.). В клинико-морфологическом отношении механические повреждения подразделяются на следующие виды: ссадины, кровоподтеки, раны, переломы, разрывы внутренних органов. Морфологические особенности этих повреждений позволяют определить признаки (свойства) травмирующего предмета, механизм образования повреждений, давность их образования и т.д. Если до экспертизы (освидетельствования)

повреждение подвергалось хирургической обработке, необходимо через лицо, назначившее экспертизу, запросить у лечащего врача медицинские документы (протокол допроса) с подробным описанием его размеров и характера. Эти сведения обычно фиксируются в истории болезни или амбулаторной карте.

Время нанесения повреждения определяют по тем изменениям, которые наблюдаются в тканях в процессе заживления повреждения. Точность определения давности повреждения в первую очередь зависит от времени освидетельствования. Чем раньше произведено освидетельствование, тем более точно может быть определена давность повреждения.

7.2. Для дальнейшего судебно-медицинского определения тяжести нанесенного вреда здоровью и решения вопросов, поставленных органом расследования повреждения фиксируются, обязательно соблюдая стандартную схему их описания;

7.3. Стандартная схема описания внешних повреждений состоит из следующих разделов:

а) описание наружных повреждений требует обязательного указания следующих признаков:

- точное месторасположение повреждения (фиксируется анатомическая область и ее поверхность, расположение по отношению к пограничным анатомическим зонам);
- тип повреждения (кровоподтеки, ссадины, раны и т.д.);
- форма повреждения (сравнивается с геометрическими фигурами, если форма не подлежит сравнению, то указывается неправильная форма);
- направление повреждения по отношению к серединной линии тела (органа, кости);
- размер повреждения (длина, ширина и глубина отдельно) в сантиметрах;
- цвет повреждения и прилежащие области; характер поверхности повреждения (рельеф, цвет, наличие и соотношение струпа ссадины относительно неповрежденных участков кожи); характер краев, концов, стенок и дна раны, наличие или отсутствие кровотечения и его степень, признаки заживления ран; наличие различных наложений или загрязнений (сажи, смазки, ржавчины, фрагментов ткани, стеклянных осколков и т.д.) на поверхности повреждения или в его глубине; состояние прилегающих тканей (отечность, гиперемия, загрязнение и т.д.).

  Также в целях выявления травматического агента необходимо осмотреть повреж-дения на наличие морфологических особенностей, которые отражают форму, поверхностный характер и другие важные свойства повреждающего объекта;

б) в случае формирования рубцов определить и записать локализацию, форму, размеры, цвет, плотность на ощупь, подвижность, следы хирургических швов, уровень расположения по отношению к неповрежденной коже.

в) в случае транспортной травмы и повреждений, причиненных огнестрельным оружием, важно измерить и записать расстояние от подошв до нижней части повреждения.

г) в целях диагностики на коже входного отверстия раны, причиненной огнестрельным оружием, и его отличия от выходного отверстия, а также для установления расстояния выстрела обязательно исследуется и фиксируется форма повреждения (круглое, овальное, щелевидное, звездчатое и т.д.), размеры, характер краев раны (ровные, неровные) и их ориентация (внутрь, наружу), наличие или отсутствие специфических ободков (осаднения, обтирания, металлизации) по краям раны, дефекта ткани, наложений дополнительных факторов выстрела (копоть, частицы пороха), ожогов и опыления волосков;

8. Медицинское клинико-диагностическое обследование

- При необходимости и с информированного согласия подэкспертный должен быть направлен на обследование в лечебно-диагностическое (ие) организацию (и) для проведения консультаций, клинического и инструментального обследований.
- Если возникает необходимость проконсультировать лицо, подвергаемое судебно-медицинской экспертизе или судебно-медицинскому освидетельствованию, у врача-специалиста, работающего в другом учреждении здравоохранения, его направляют в это учреждение с соответствующим письмом, подписанным директором центра или заведующим отделом (отделением) центра, либо судебно-медицинским экспертом.
- Полученные медицинские документы, их содержание и результаты обследований должны быть отражены в заключении (акте судебно-медицинского освидетельствования) эксперта.
- При проведении судебно-медицинской экспертизы (освидетельствования) эксперт должен использовать подлинные медицинские документы. В исключительных случаях допускается использование копий и выписок (представленных судебно-следственными органами), при условии отражения в последних исчерпывающих сведений о вреде здоровью и их клиническом течении. Эти документы должны быть заверены подписью врача и печатью лечебной организации.
- Если необходимые медицинские документы эксперту не представлены, он заявляет лицу или органу, назначившему экспертизу, ходатайство о предоставлении соответствующих материалов.
- Руководители и врачи организаций здравоохранения обязаны оказывать судебно-медицинскому эксперту, проводящему судебно-медицинскую экспертизу, содействие в проведении консультаций, клинического и инструментального обследований. Полученные при этом данные эксперт отражает в «Заключении эксперта» («Акте») и вправе использовать их при формулировании выводов.
- Любой клинический диагноз проверяется на аргументированность объективными клиническими и лабораторными данными и только на этой основе подвергается судебно-медицинской квалификации.

6.5. Проведение судебно-медицинской экспертизы при сексуальном насилии и развратных действиях

В качестве методов физического и психического воздействия на женщин при применении к ним пыток зачастую включают действия, направленные на унижение достоинства и посягательства на половую неприкосновенность женщин или угрозы при-

менения сексуального насилия. В связи с чем, необходимо проводить детальный опрос с выяснением всех подробностей произошедшего.

Даже если в постановлении о назначении экспертизы не поставлены вопросы о половом состоянии потерпевшей, при заявлении подэкспертной о совершении сексуального насилия, судмедэксперт с целью полноты заключения, с обязательного согласия обследуемой должен произвести исследования половых органов женщины, изъять и направить на лабораторное исследование пробы вещественных доказательств биологического происхождения. Для получения полноценных доказательств необходимо обеспечить своевременное изъятие (которые, как правило, обнаруживаются только в течение 72 часов после предполагаемого сексуального насилия) и направления вещественных доказательств биологического происхождения в судебно-медицинскую лабораторию.

В некоторых случаях важно задать вопрос – имело ли место совершении сексуального насилия, либо развратных действий – в прямой форме, но только после установления определенного контакта. При этом необходимо учитывать право потерпевшего на отказ дать ответ на тот или иной вопрос.

Проведение судебно-медицинской экспертизы при совершении сексуального насилия либо развратных действий по отношению к лицам женского пола производится согласно **«Правилам производства судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизы».**

Проведение экспертизы при совершении сексуального насилия либо развратных действий по отношению к лицам мужского пола производится согласно **«Правилам производства судебно-медицинской экспертизы половых состояний мужчин»** (утверждённых постановлением Правительства Кыргызской Республики от 12 января 2012 года № 33).

При необходимости, судмедэксперт инициирует назначение дополнительных видов обследований: консультаций хирурга, терапевта, акушера-гинеколога, уролога, психиатра и т.д.

6.6. Оформление «заключения судебно-медицинского эксперта»

«Заключение эксперта» – процессуальный документ, составляемый экспертом в соответствии с предписаниями закона, в котором указываются основания и условия произ-водства экспертизы, вопросы, поставленные на ее разрешение, объекты и процесс их экспертного исследования с указанием использованных методов и методик, установленные при этом фактические данные и выводы эксперта.

Эксперт дает заключение от своего имени и несет за него личную ответственность. Заключение эксперта в качестве доказательства подлежит оценке следователем или судом наряду и в совокупности с другими доказательствами по делу. Заключение эксперта для лица, производящего дознание, следователя, прокурора и суда не обязательно, но несогласие с ним должно быть мотивировано в соответствующем постановлении, определении, приговоре. Заведомо ложное заключение эксперта, под которым понимают заведомо неправильное изложение фактов (их искажение или умалчивание о них), их неверную оценку либо неверный вывод влечет ответственность по ст. 330 УК Кыргызской Республики.

Главное требование к документации – отображение установленных фактов в точном соответствии с действительностью. Если в процессе исследований эксперт выявит имеющие значение для дела факты, по которым ему не были представлены вопросы, он должен их отметить в выводах по собственной инициативе.

Также при осуществлении письменного поручения прокурора и в суде могут осуществляться судебно-медицинские работы (освидетельствования) с последующим составлением «Акта судебно-медицинского освидетельствования». Порядок оформления этого документа такой же, что и в отношении «Заключения эксперта», однако судебно-медицинский эксперт в этих случаях не дает подписки о разъяснении ему процессуальных прав и обязанностей, а также об ответственности.

Для судебно-медицинского документирования при подозрении на применение пыток и других видов жестокого обращения по стандартам Стамбульского протокола должна использоваться «Форма заключения судебно-медицинской экспертизы при документировании случаев пыток и жестокого обращения» (Приложение 4), которая заполняется в соответствии с инструкцией по ее заполнению (Приложение 5).

6.7. Интерпретация результатов опроса и обследования, формулировка выводов:

1. Выводы в «Заключении эксперта» и заключение в «Акте судебно-медицинской (судебно-химической) экспертизы» являются научно-обоснованным мнением эксперта, сформулированным на основании результатов произведенной им экспертизы.
2. Выводы (заключение) составляются на основании объективных данных, установленных в процессе экспертизы, экспертного анализа обстоятельств дела и данных медицинской науки. Их следует излагать ясно, конкретно, избегая, по возможности, специальных медицинских терминов. Экспертное суждение по каждому выводу должно быть мотивировано, обосновано фактическими данными. Указанные объективные данные должны вытекать из вводной и исследовательской частей протокола.
3. При проведении судебно-медицинской экспертизы судебно-медицинский экс-перт обязан дать ответы на все вопросы, содержащиеся в постановлении (определении суда), за исключением тех, для решения которых эксперт не располагает необходимыми данными, либо которые выходят за пределы его компетенции[1].
4. Выводы эксперта должны содержать ответы на вопросы, поставленные на разрешение экспертизы и включать следующие части:
   4.1 Мотивация и источники.
   4.2 Сведения о наличии телесных повреждений, их вид, характер, локализация. Давность образования повреждений. Механизм образования, вид орудия, при помощи которого нанесены повреждения и способы их нанесения. Установление степени нанесенного вреда здоровью.
   4.3 Установление степени соответствия между обнаруженными телесными повреждениями с обстоятельствами получения травмы, изложенными подэк-

[1] «Правила производства судебно-медицинских экспертиз в Кыргызской Республике», утверждены Поста-новление Правительства Кыргызской Республики от 12 января 2012 года №33.

спертным (освидетельствуемым), включая жалобы на пытки и жестокое обращение. Отсутствие физических повреждений не исключает возможность того, что имели место пытки и жестокое обращение.

4.4 Установление степени соответствия между анамнезом острых и хронических соматических симптомов и общей потерей трудоспособности с обстоятельствами получения травмы, изложенными подэкспертным (освидетельствуемым), включая жалобы на пытки и жестокое обращение.

4.5 Заключение о соответствии между всеми источниками доказательств (морфологической характеристики имеющихся повреждений, данных представленных медицинских документов с результатами клинико-диагностических обследований, обстоятельств дела, фотографических доказательств, знания региональных практик пыток и жестокого обращения) и заявлением/утверждением подэкспертного (освидетельствуемого) о применении к нему пыток/жестокого обращения с использованием следующих терминов:

- **Не соответствует:** физические симптомы не могут быть следствием описанной травмы.
- **Соответствует:** физические симптомы могут быть следствием описанной травмы, но оно не специфично и могло быть вызвано множеством других причин.
- **Высокая степень соответствия:** физические симптомы повреждения могут быть следствием указанной травмы и число других возможных причин не велико.
- **Позволяет поставить диагноз:** этот внешний вид повреждения свидетельствует о том, что оно не могло быть вызвано никаким другим образом, кроме описанного.

4.6 Предоставьте рекомендации по дальнейшему обследованию, консультациям/направлениям за медицинской помощью, включая помощь психологов и/или других медицинских специалистов.

Глава 7. Психические доказательства насилия, пыток и жестокого обращения

7.1. Общая часть

Насилие, пытки и жестокое обращение являются чрезвычайным событием в жизни, способным причинить разнообразные физические и психические страдания. Большинство врачей и исследователей согласны с тем, что чрезвычайный характер факта пыток, насилия сам по себе настолько силен, что имеет психические последствия независимо от преморбидного состояния человека. Психические последствия насилия, пыток и жестокого обращения возникают в контексте личного восприятия того, что произошло, уровня развития личности, а также социальных, политических и культурных факторов. Имеются группы симптомов и проявлений психической реакции, которые с определенной регулярностью отмечаются и документируются в случаях насилия, пыток. Лица, применяющие насилие, часто пытаются оправдать свои действия – необходимостью

получения информации. Однако, одной из главных целей является низведение человека до состояния крайней беспомощности и душевного страдания, которые могут привести к нарушению когнитивных, эмоциональных и поведенческих функций[1].

Таким образом, насилие, пытки и жестокое обращение являются одним из способов посягательства на основные виды психической и социальной активности человека. При таких обстоятельствах лица, применяющие насилие, пытки, стремятся не только к выведению человека из строя физически, но и к разрушению его личности. Они пытаются уничтожить в жертве способность сознавать себя частью семьи и общества, человеком, у которого есть мечты, надежды и планы на будущее. Путем грубого подавления и ослабления воли своих жертв лица, применяющие насилие, пытки, устрашают тех, кто позднее общается с жертвой. Таким образом, с помощью насилия, пыток можно ослабить или подавить волю и единство целых общин. Кроме того, это может глубоко затронуть личные отношения между супругами, родителями, детьми, другими членами семьи и отношения между жертвами и их общинами.

Важно признать, что не у каждого, кто стал жертвой насилия, пыток, развиваются поддающиеся диагностике психические нарушения. В то же время, отсутствие критериев психического расстройства не означает, что человек не подвергался пыткам, насилию. Тем не менее, многие жертвы испытывают различные психические нарушения. Основными психическими расстройствами, связанными с насилием, являются острая реакция на стресс, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), депрессивные нарушения и хроническое изменение личности после переживания катастрофы. А также как следствие, повреждения и дисфункции головного мозга могут наблюдаться органическое расстройство личности, посткоммоционный синдром. Эти расстройства встречаются среди населения в целом, но они значительно более распространены среди людей, переживших пытки, насилие.

Культурные, социальные и политические последствия насилия для каждого человека уникальны, и они влияют на его способность описать травму и рассказать о ней. Эти последствия являются важными факторами, способствующими психическому и психо-социальному воздействию пытки, и должны учитываться при оценке состояния лица, представляющего другую культуру[2]. Исследования, проводящиеся в рамках нескольких культур[3], свидетельствуют о том, что феноменологические или описательные методы являются наиболее рациональными при попытке дать оценку психологическим или психиатрическим расстройствам.

7.2. Распространенные психические реакции

Наиболее общими симптомами, возникающими в результате жестокого обращения, пыток и насилия, являются различные проявления тревоги и депрессии.

---

[1] G. Fischer and N. F. Gurris, “Grenzverletzungen: Folter and sexuelle Traumatisierung”, Praxis der Psychotherapie – Ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie, W. Senf and M. Broda, eds. (Stuttgart, Thieme, 1996).

[2] J.D. Kinzie and others, “The prevalence of posttraumatic stress disorder and its clinical significance among South-east Asian refugees”, American Journal of Psychiatry, vol. 147 (7) (1990), pp. 913-917.

[3] K. Allden and others, “Burmese political dissidents in Thailand: trauma and survival among young adults in exile”, American Journal of Public Health, vol. 86 (1996), pp. 1561-1569.

Повторное переживание травмы:

Жертва может мысленно возвращаться к прошлым событиям или страдать от навязчивых воспоминаний, в которых она вновь переживает травмирующее событие, даже если данное лицо бодрствует и находится в сознании, либо испытывать повторяющиеся ночные кошмары, включающие элементы этого события в их подлинной или символической форме. Душевная боль, вызываемая всем, что символизирует перенесенную травму или напоминает о ней, часто проявляется в виде недоверия и страха перед лицами, наделенными властью, включая врачей и психологов.

Избегание и эмоциональная заторможенность:

1. Стремление избежать любой мысли, разговора, деятельности, места или человека, которые пробуждают воспоминания о перенесенной травме;
2. Глубокая эмоциональная скованность;
3. Глубокая личная отчужденность и социальная отстраненность;
4. Неспособность вспомнить тот или иной важный аспект травмы.

Перевозбуждение:

1. Проблемы с засыпанием или сном;
2. Раздражительность или вспышки гнева;
3. Трудности с концентрированием внимания;
4. Чрезмерная подозрительность, усиление реакции вздрагивания;
5. Общее беспокойство;
6. Учащенное дыхание, потливость, сухость во рту или головокружение и желудочно-кишечные расстройства.

Симптомы депрессии:

Могут отмечаться следующие симптомы депрессии: подавленное настроение, эмоциональная анестезия (заметное снижение интереса к активной деятельности или получаемого от нее удовлетворения), расстройство аппетита или потеря веса, бессонница или повышенная сонливость, психомоторное возбуждение или заторможенность, усталость и упадок сил, чувство никчемности и непомерной вины, затруднения в сосредоточении внимания, концентрации или воспроизведении по памяти, мысли о смерти, возникновение идеи самоубийства или попытка самоубийства.

Нарушенная самооценка и ограниченная перспектива будущего:

Жертва субъективно считает, что ей нанесен невосполнимый ущерб и что ее личность претерпела необратимые изменения[1]. Он или она воспринимают будущее в ограниченной перспективе – без надежды на карьеру, брак, детей или нормальную продолжительность жизни.

[1] N.R. Holtan, "How medical assessment of victims of torture relates to psychiatric care", Caring for Victims of Torture, J.M. Jaranson and M.K. Popkin, eds. (Washington, D.C., American Psychiatric Press, 1998), pp. 107-113.

Диссоциация, деперсонализация и нетипичное поведение:

Диссоциация – это разрушение целостности сознания, самовосприятия, памяти и поступков. Человек может не помнить об определенных поступках или не осознавать их либо чувствовать раздвоение личности, как бы наблюдая за собой со стороны.

Деперсонализация – это ощущение отчужденности от самого себя или собственного тела. Проблемы, возникающие в области контролирования импульсов поведения, приводят к поступкам, которые перенесший пытки человек считал бы весьма нетипичными для своей личности до причинения травмы. Лицо, ранее проявлявшее осторожность, может своим поведением подвергать себя риску.

Соматические симптомы:

Среди перенесших пытки распространены соматические симптомы, например, боль, в том числе головная, или другие физические недомогания, независимо от того, имеют ли они объективные основания. Боль может быть единственным явным симптомом, менять локализацию и испытываться с различной интенсивностью. Соматические симптомы могут быть вызваны непосредственно физическими последствиями пытки или иметь психогенную природу. Например, боль любого рода может быть прямым физическим следствием пытки или иметь психологическую причину. К типичным соматическим симптомам относятся боль в спине, костно-мышечная боль и головные боли, часто от травм головы. Головные боли весьма характерны для лиц, переживших пытки, и часто приводят к хроническим посттравматическим головным болям. Они также могут быть вызваны либо усилены напряжением или стрессом.

Сексуальные расстройства:

Сексуальные расстройства характерны для лиц, переживших пытки, в частности для тех из них, кто подвергся сексуальной пытке или изнасилованию:

1. Отвращение к лицам противоположного пола или снижение интереса к половой активности;
2. Страх перед половой активностью, связанный с тем, что сексуальный партнер может узнать, что данное лицо подверглось сексуальному насилию, или боязнь того, что был причинен ущерб в половой сфере. Возможно, лица, применявшие пытку, прибегали к подобным угрозам и вселили страх перед гомосексуализмом мужчинам, подвергшимся анальному изнасилованию. У некоторых гетеросексуальных мужчин во время насильственного анального полового сношения происходит эрекция, а иногда и эякуляция. Их следует заверить в том, что это лишь физиологическая реакция;
3. Неспособность доверять сексуальному партнеру;
4. Нарушение полового возбуждения и нарушение эрекции;
5. Болезненные ощущения при половом сношении у женщин или бесплодие вследствие приобретенного заболевания, передаваемого половым путем, непосредственной травмы репродуктивных органов или неквалифицированно выполненных абортов при беременности после изнасилования.

Психоз:

Психотическая реакция может быть короткой или длительной, и соответствующие симптомы могут возникнуть в то время, когда данное лицо находится в заключении и подвергается пытке, или в последующий период. Возможны следующие проявления:

1. навязчивые идеи;
2. слуховые, зрительные, осязательные, вкусовые и обонятельные галлюцинации;
3. аномалии способности восприятия идей и поведения;
4. искаженное восприятие, иллюзии;
5. расстройства мышления в виде бреда;
6. повторное проявление психотических расстройств или резкая смена настроения с элементами психоза могут развиться у тех, кто в прошлом перенес психическое заболевание. Лица, которые в прошлом страдали аффективными нарушениями, шизофренией или шизоаффективным синдромом, могут испытать приступ этого расстройства.

Злоупотребление алкоголем, наркотиками и другими психоактивными веществами:

У переживших пытки часто наблюдается вторичное злоупотребление алкоголем, наркотиками и другими психоактивными веществами[1]. Злоупотребление является способом снижения болезненности переживаний/воспоминаний, а также методом совладания с эмоциональными реакциями и тревогой[2].

7.3. Диагностическая классификация психических расстройств

Наиболее распространенными диагнозами, связанными с насилием, пытками являются следующие расстройства: **острая реакция на стресс; посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), депрессии и хроническое изменение личности (МКБ -10)[3].**

Острая реакция на стресс (F 43.0):

Транзиторное расстройство значительной тяжести, которое развивается у лиц без видимого психического расстройства в ответ на исключительный физический и психологический стресс и которое обычно проходит в течение часов или дней. Риск развития расстройства увеличивается при физическом истощении или наличии органических факторов (например, у пожилых людей).

Симптомы обнаруживают типичную смешанную и меняющуюся картину и включают начальное состояние «оглушенности» с некоторым сужением поля сознания и снижением внимания, неспособность адекватно реагировать на внешние стимулы и дезориентировку. Это состояние может сопровождаться или дальнейшим уходом от

[1] P.J. Farias, “Emotional distress and its socio-political correlates in Salvadoran refugees: analysis of a clinical sample”, Culture, Medicine and Psychiatry, vol. 15 (1991), pp. 167-192.

[2] B.K. Jordan and others, “Lifetime and current prevalence of specific psychiatric disorders among Vietnam veterans and controls”, Archives of General Psychiatry, vol. 48, No 3, (1991) pp. 207-215.

[3] Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders (Geneva, 1994).

окружающей ситуации (вплоть до диссоциативного ступора), или ажитацией и гиперактивностью (реакция бегства или фуга). Часто присутствуют вегетативные признаки панической тревоги (тахикардия, потливость, покраснение). Обычно симптомы развиваются в течение минут после воздействия стрессового раздражителя или события и исчезают в течение 2-3 дней (часто часов). Может присутствовать частичная или полная амнезия эпизода.

Острая реакция на стресс (F 43.0). Диагностические указания:

1. Определяется четкая временная связь между воздействием стрессора и началом симптоматики.
2. Симптомы имеют смешанную и обычно меняющуюся картину; в дополнение к инициальному состоянию оглушенности могут наблюдаться депрессия, тревога, гнев, отчаянье, гиперактивность и отгороженность, но ни один из симптомов не преобладает длительно.
3. Симптомы редуцируются быстро в тех случаях, где возможно устранение стрессовой обстановки. В случаях, где стресс продолжается или по своей природе не может прекратиться, симптомы обычно начинают исчезать спустя 24-48 часов и сводятся к минимуму в течение 3 дней.

Посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1):

Посттравматическое стрессовое расстройство – это расстройство, возникающее как отставленная и/или затяжная реакция на стрессовое событие или ситуацию (кратковременную или продолжительную) исключительно угрожающего или катастрофического характера, которые могут вызвать общий дистресс почти у любого человека (например, наблюдение за насильственной смертью других, роль жертвы пыток, терроризма, изнасилования или другого преступления).

Симптомы ПТСР могут быть хроническими или изменяться на протяжении длительных периодов времени. В определенные периоды в клинической картине доминируют симптомы чрезмерного возбуждения и раздражительности. В это время переживший насилие, пытки обычно сообщает также об учащении навязчивых воспоминаний, ночных кошмаров и явлений ретроспекции[1]. В другие периоды жертва может проявлять относительно немногочисленные симптомы или быть эмоционально скованной и замкнутой[2]. Необходимо учитывать, что, если диагностические критерии ПТСР не выявлены, это не означает, что насилие, пытки не имели место. В соответствии с МКБ-10 в некоторой доле случаев ПТСР может на протяжении многих лет протекать в хронической форме и постепенно перейти в хроническое изменение личности.

В соответствие с МКБ-10 Посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1) выставляется согласно следующим диагностическим критериям:

A. Пациент должен быть подвержен воздействию стрессорного события или ситуации (как коротко, так и длительно длящихся) исключительно угрожающего или

[1] B.O. Rothbaum and others, “A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims”, Journal of Traumatic Stress, vol. 5 (1992), pp. 455-475.

[2] P.B. Sutker and others, “Cognitive deficits and psychopathology among former prisoners of war and combat veterans of the Korean conflict”, American Journal of Psychiatry, vol. 148 (1991), pp. 62-72.

катастрофического характера, что способно вызвать общий дистресс почти у любого индивидуума.

Б. Стойкие воспоминания или «оживление» стрессора в навязчивых реминисценциях, ярких воспоминаниях или повторяющихся снах, либо повторное переживание горя при воздействии обстоятельств, напоминающих или ассоциирующихся со стрессором.

В. Больной должен обнаруживать фактическое избегание или стремление избежать обстоятельства, напоминающие, либо ассоциирующиеся со стрессором (что не наблюдалось до воздействия стрессора).

Г. Любое из двух:

1. психогенная амнезия (F44.0), либо частичная, либо полная в отношении важных аспектов периода воздействия стрессора;
2. Стойкие симптомы повышения психологической чувствительности или возбудимости (не наблюдавшиеся до действия стрессора), представленные любыми двумя из следующих:
   - затруднение засыпания или сохранения сна;
   - раздражительность или вспышки гнева;
   - затруднения концентрации внимания;
   - повышение уровня бодрствования;
   - усиленный рефлекс четверохолмия.

Критерии Б, В и Г возникают в течение шести месяцев стрессогенной ситуации или в конце периода стресса (для некоторых целей начало расстройства, отставленное более чем на шесть месяцев, может быть включено, но эти случаи должны быть точно определены отдельно).

Депрессивные расстройства:

Среди лиц, переживших пытки, жестокое обращение и насилие, депрессивное состояние встречается почти повсеместно[1].

Депрессия – это психическое расстройство, характеризующееся «депрессивной триадой»: снижением настроения и утратой способности переживать радость (ангедония), нарушениями мышления (негативные суждения, пессимистический взгляд на происходящее и т. д.), двигательной заторможенностью.

Депрессия это аффективное расстройство, характеризующееся отрицательным эмоциональным фоном, изменением мотивационной сферы, когнитивных представлений и общей пассивностью поведения.

Выделяют основные, дополнительные симптомы депрессии, а также симптомы соматизации (витализации) депрессивного аффекта:

Основные критерии (симптомы группы А) включают:

- Снижение настроения по сравнению с присущей пациенту субъективной нормой, отмечающееся почти ежедневно большую часть суток, вне зависимости особенностей ситуации;

[1] Диагностика и лечение депрессивных расстройств. Клиническое руководство. Бишкек 2013.

- Снижение (утрата) интересов и способности испытывать удовольствие от видов деятельности, обычно связанных с положительными эмоциями. Данный симптом принято обозначать термином «ангедония»;
- Заметное, особенно со стороны окружающих, снижение активности, повышенная (выраженная) утомляемость, снижение физической и, в особенности, психической работоспособности, хроническая усталость, мало связанная с внешними факторами («анергия»).

Рекомендуемые дополнительные критерии (симптомы группы Б) включают:

- Снижение способности к сосредоточенности и вниманию;
- Снижение самооценки и чувства уверенности в себе;
- Идеи виновности и уничижения;
- Мрачное пессимистическое видение будущего;
- Идеи или действия по самоповреждению или суициду (повторяющиеся мысли о смерти, суициде или самоповреждении);
- Нарушения сна различного типа (ранние пробуждения или повышенная сонливость);
- Утрата аппетита и соответствующее снижение веса тела (не менее 5% от общего веса за последний месяц).

Отдельно выделяются симптомы соматизации (витализации) депрессивного аффекта, которые играют вспомогательную роль. Регистрация данного симптомокомплекса не играет решающую роль в постановке диагноза депрессии, однако, в совокупности с основными и дополнительными симптомами, они подтверждают диагноз и в целом их наличие может свидетельствовать об усугублении депрессии, присоединении в ее течении помимо психологических и биологических механизмов (витализации).

Для регистрации синдрома соматизации необходимо отметить не менее 4 признаков из нижеперечисленных:

- Выраженная утрата интереса к видам активности, ранее доставлявших удовольствие;
- Отсутствие реакции на события или действия обычно вызывавших эмоциональный отклик, как негативный, так и позитивный;
- Ранние пробуждения (на два и более часов раньше, чем обычно, после чего пациент не способен повторно заснуть);
- Отчетливая психомоторная заторможенность, отмечаемая сторонними лицами;
- Снижение настроения, более выраженное в утренние часы;
- Потеря массы тела (не менее 5% за последний месяц), которую невозможно объяснить только алиментарными факторами (отсутствие аппетита, недостаточное потребление пищи вследствие как отсутствия аппетита, так из-за недостаточности побуждений – «трудно заставить себя даже подняться с постели и поесть»);
- Отчетливое снижение либидо.

Классификация по степени выраженности депрессии (МКБ-10).

Легкий депрессивный эпизод: Необходимо отметить два симптома из группы А (основные критерии) и два симптома из группы Б (дополнительные критерии), сохраняющихся на протяжении периода не менее двух недель непрерывно.

Пациент испытывает затруднения в выполнении привычных видов деятельности и вынужден прилагать дополнительные волевые усилия для выполнения повседневных обязанностей в полном объеме. Пациент озабочен своим состоянием. Могут регистрироваться отдельные признаки соматизации.

Умеренный депрессивный эпизод: 2А + 3-4 Б на протяжении не менее 2 недель. Больные испытывают значительные затруднения в повседневной деятельности, однако полностью функционировать не прекращают.

Как правило, регистрируются признаки соматизации аффекта, которые в сочетании с формирующейся социальной отгороженностью обусловливают значительные дифференциально-диагностические трудности.

Тяжелый депрессивный эпизод: 3А + 4 и более Б. Для диагностики тяжелого депрессивного эпизода сроки регистрации симптоматики сокращаются в связи с тяжестью симптоматики и опасностью суицида (менее 2 недель). Пациент не способен выполнять обычные виды повседневной деятельности.

Выраженность соматизации аффекта достигает степени «витализации» (резкая потеря веса, полная утрата аппетита, обездвиженность, полное безразличие к окружающему, диз- или аменорея). Тяжелый депрессивный эпизод может протекать в двух вариантах: без или с психотической симптоматикой.

Последняя включает в себя:

- бредовые идеи виновности, греховности, нигилистический бред и др.;
- расстройства восприятия в форме галлюцинаторных расстройств (обвиняющие голоса, запахи тлена или гниения);
- двигательные расстройства – заторможенность, вплоть до ступора, гораздо реже отмечается меланхолический раптус (неистовое возбуждение).

Хроническое изменение личности после переживания катастрофы (F62.0):

После катастрофического или длительного чрезвычайного стресса у лиц, которые ранее не страдали личностными нарушениями, могут развиться нарушения личности взрослого человека. К видам чрезвычайного стресса, который может привести к изменению личности, относятся содержание в концентрационном лагере, стихийные бедствия, длительное пребывание в плену при непосредственной вероятности лишиться жизни или в ситуации, сопряженной с угрозой для жизни, например став жертвой террора, насилия, пытки. В соответствии с МКБ-10 диагноз хронического изменения личности следует ставить лишь в тех случаях, когда есть доказательства определенного, существенного и устойчивого изменения системы восприятия, реагирования или суждения данного человека об окружающем мире и о себе самом, связанного с негибким и не способным к адаптации поведением, которое не наблюдалось до травмы. Этот диагноз исключает изменения, являющиеся следствием другого психического расстройства или остаточным симптомом любого имевшего место ранее психического расстройства, а также изменения личности и поведения в результате болезни, нарушения нормальной деятельности или повреждения головного мозга.

Для того чтобы в соответствии с МКБ-10 вынести диагноз хронического изменения личности после пережитого страдания, изменения личности должны сохраняться по крайней мере в течение двух лет после стресса, связанного с этим страданием.

В МКБ-10 указывается, что стресс должен быть настолько сильным, чтобы «для объяснения его глубокого воздействия не было необходимости учитывать уязвимость конкретной личности». Такое изменение личности характеризуется враждебным или подозрительным отношением к окружающему миру, социальной замкнутостью, ощущением бесцельности или безнадежности, хроническим чувством «раздражения», как будто постоянно угрожает опасность, и отчужденностью.

Диагностические критерии Хронического изменения личности после переживания катастрофы (F62.0):

А. Данные (из анамнеза или от ключевых информантов) об отчетливом и постоянном изменении типа личностного восприятия, образа взаимоотношений и оценки себя и окружения вслед за переживанием катастрофы (например, нахождения в концентрационном лагере, пыток, стихийного бедствия, продолжительного пребывания в опасной для жизни ситуации).

Б. Изменение личности должно быть существенным и обнаруживать неустранимые и неадаптивные черты, на что указывает наличие минимум двух признаков из числа следующих:

1. постоянная враждебность или недоверчивость к миру у личности, которая ранее не обнаруживала подобных черт;
2. социальная аутизация (уклонение от контактов с людьми, за исключением нескольких близких родственников, с которыми проживает больной), что не обусловлено имеющимся в данный момент психическим расстройством, таким как расстройство настроения (аффективное);
3. постоянное чувство пустоты или безнадежности, которое не ограничивается дискретным эпизодом расстройства настроения и не отмечалось до переживания катастрофы; это может сочетаться с повышенной зависимостью от других, неспособностью выражать негативные или агрессивные чувства и продолжительным депрессивным настроением без указаний на депрессивное расстройство до катастрофы;
4. хроническое чувство существования «на грани» или под угрозой при отсутствии внешних причин для этого, о чем свидетельствует повышенный уровень бодрствования и раздражительность у индивидуума, ранее не обнаруживавшего подобных черт; это хроническое состояние внутренней напряженности и чувства угрозы может сочетаться с тенденцией к избыточной алкоголизации или употреблению наркотиков;
5. постоянное чувство измененности или отличия от других (отчужденности); это чувство может сочетаться с переживанием эмоционального онемения.

В. Изменение должно обусловливать или существенное нарушение личностного функционирования в повседневной жизни, или личностный дистресс, или неблагоприятное воздействие на социальную среду.

Г. Личностное изменение должно развиваться после переживания катастрофы без указаний в анамнезе на предшествующее расстройство зрелой личности или акцентуацию характера, или расстройства личности или развития в детском или под-

ростковом возрасте, которые могли бы объяснить имеющиеся в настоящее время особенности личности.

Черепно-мозговая травма и психические нарушения:

Черепно-мозговая травма и являющиеся ее следствием повреждение мозга и психические нарушения могут быть результатом различных видов травмы головы и нарушения обмена веществ, имевших место во время преследования, заключения и пыток. Они могут включать огнестрельные раны, последствия отравления, алиментарную дистрофию в результате голодания или насильственного приема внутрь вредных веществ, последствия гипоксии в результате удушения или погружения головы в воду и, чаще всего, вызванной ударами по голове во время избиения.

Последствия черепно-мозговых травм могут проявиться в виде органического расстройства личности, посткоммоционного синдрома, классифицируемых в рубрике F 07.

Общие критерии F 07:

1. Объективные данные (физического, неврологического обследования и лабораторных тестов) и (или) анамнестические сведения о церебральном заболевании, повреждении или дисфункции.
2. Отсутствие расстройства сознания или существенного нарушения памяти.
3. Отсутствие достаточных данных об альтернативной обусловленности личностных или поведенческих расстройств, которые оправдали бы отнесение их к секции F6.

Органическое расстройство личности (F07.0):

Это расстройство характеризуется значительными изменениями привычного образа преморбидного поведения. Особенно страдают выражение эмоций, потребностей и влечений. Познавательная деятельность может быть снижена в основном, или исключительно, в сфере планирования и предвидения последствий для себя и общества.

А. Выявляются общие критерии F07.

Б. На протяжении 6 или более месяцев должны отмечаться минимум 3 признака из числа следующих:

1. постоянно сниженная способность поддерживать целенаправленную деятельность, особенно занимающую продолжительные периоды времени и не сразу приводящую к успеху;
2. одно или более из следующих эмоциональных изменений:
   - а) эмоциональная лабильность (неконтролируемость, нестабильность и колебания в проявлениях эмоций);
   - б) эйфория и плоские, неуместные шутки;
   - в) раздражительность и (или) вспышки гнева и агрессии;
   - г) апатия;
3. расторможение влечений без учета последствий и социальных норм (больной может участвовать в антисоциальных актах, таких как воровство, неадекватные сексуальные притязания или обжорство или обнаруживать крайнее пренебрежение к личной гигиене);

4. когнитивные нарушения, обычно в форме:
   - излишней подозрительности и параноидных идей;
   - повышенной заинтересованности одной темой, например, религией, или ригидной категоризации поведения других людей как «правильного» или «неправильного»;
5. выраженное изменение речи, с такими признаками как обстоятельность, вязкость и гиперграфия;
6. изменение сексуального поведения (гипо или гиперсексуальность или изменение полового предпочтения).

Посткоммоционный синдром (F07.2):

Этот синдром возникает вслед за травмой головы (обычно достаточно тяжелой, с потерей сознания) включает ряд различных симптомов, таких как головная боль, головокружение, утомляемость, раздражительность, трудность в сосредоточении и выполнении умственных задач, нарушение памяти, бессонница, сниженная толерантность к стрессу, эмоциональным нагрузкам или алкоголю.

А. Выявляются общие критерии F07. При данном расстройстве первый общий критерий не всегда может быть установлен.

Б. Анамнестические сведения о травме головы с потерей сознания перед развитием симптоматики в период до 4 недель (объективные подтверждения поражению мозга могут отсутствовать).

В. Минимум три признака из числа следующих:
   1. жалобы на неприятные ощущения и боли, такие как головная боль, головокружение (обычно без характеристик истинного вертиго), общее недомогание и повышенная утомляемость или непереносимость шума;
   2. эмоциональные изменения, такие как раздражительность, эмоциональная лабильность (как легко провоцируемая, так и усиливаемая эмоциональным возбуждением или стрессом), некоторая степень депрессии и (или) тревоги;
   3. субъективные жалобы на трудности сосредоточения внимания и при выполнении умственных нагрузок, а также на нарушение памяти (при отсутствии четких объективных данных, например, по психологическим тестам о выраженном нарушении)
   4. бессонница;
   5. снижение толерантности к алкоголю;
   6. озабоченность вышеперечисленными симптомами и страх хронического поражения мозга до степени ипохондрических сверхценных идей и принятия роли больного.

7.4. Проведение психиатрической, психолого-психиатрической экспертизы

Экспертиза осуществляется в процессе досудебного расследования и судопроизводства судебными психиатрами, клиническими психологами и производится по постановлению следователя, прокурора, определению судьи/суда.

Общая цель психиатрической экспертизы заключается в том, чтобы оценить степень соответствия сообщения подэкспертного о насилии, пытках и жестоком обращении и психиатрическим и другим данным, полученным в ходе экспертизы.

Психологическая, психиатрическая экспертиза может обеспечить важные доказательства пыток, насилия по ряду причин: пытки, насилие часто вызывают значительные психологические изменения и психические симптомы, методы пыток зачастую рассчитаны на то, чтобы не причинять физических повреждений или оставлять следы, которые либо недостаточно очевидны, либо недостаточно специфичны.

Психиатрическое, психолого-психиатрическое экспертное исследование оформляется в виде заключения (Приложение 6). Заключение основывается на данных, полученных экспертом в процессе клинического обследования подэкспертного, сведениях, содержащихся в материалах дела и медицинских документах. Инструкция по заполнению заключения приведена в Приложении 7.

Формирование заключения судебной психиатрической, комплексной психолого-психиатрической экспертизы предполагаемых жертв насилия, пыток и жестокого обращения

Заключение экспертизы включает в себя следующие разделы:

1. Общая информация;
2. Анамнестические сведения;
3. Сведения о заявленном насилии;
4. Обследование;
5. Обоснование диагноза/диагнозов и выводы;
6. Рекомендации.

Информированное согласие или информированный отказ подэкспертного

Современная медицинская этика гласит, что определять свои интересы должны, прежде всего, сами пациенты/подэкспертные. До проведения исследования эксперту следует получить добровольное и осознанное согласие или отказ подэкспертного или его законного представителя на проведение экспертизы. Эксперт разъясняет цели и особенности экспертизы, информирует о потенциальных выгодах и рисках, а также возможных ограничениях на конфиденциальность. В результате информирования, подэкспертный/законный представитель должны понимать, каким образом будут использованы медицинские данные, полученные в ходе экспертизы, как они будут храниться, и кто будет иметь к ним доступ. А также эксперт сообщает подэкспертному/ законному представителю о праве на проведение экспертизы негосударственными экспертами.

Информированное согласие или информированный отказ на проведение экспертизы оформляется в виде отдельного бланка (Приложение 1). В случае получения информированного согласия эксперт приступает к проведению исследования. В случае же информированного отказа, эксперт не проводит экспертизу и составляет Акт о невозможности дать заключение.

«Общая информация»

В разделе «Общая информация» отражаются место, время проведения экспертизы, паспортные данные подэкспертного, делается отметка о наличии информированного согласия. Указывается основание для проведения экспертизы и информация о лице, назначившим ее. Отражаются сведения об эксперте, где отдельно отмечается его опыт документирования случаев насилия, пыток и жестокого обращения. В данном разделе делается отметка о том, что эксперт предупрежден об уголовной ответственности за отказ или уклонение от дачи заключения, или за дачу заведомо ложного заключения.

В случае необходимости и присутствия переводчика, заносится соответствующая информация. Также в общей части отражаются сведения о других присутствовавших лицах: сотрудниках правоохранительных органов, военнослужащих, тюремных служащих и др. Указываются фамилии всех присутствующих, их места работы, должности. Отражаются все ограничения, которые могли повлиять на результаты исследования, такие как: любые ограничения действий подэкспертного, недостаточное время, отсутствие конфиденциальности и др. Отмечается место предполагаемого насилия, пыток и жестокого обращения.

В завершающей части перечисляются вопросы, поставленные на разрешение экспертизы, а также предоставленные материалы и методы исследования.

«Анамнестические сведения»

Данный раздел начинается с оценки психосоциального статуса до предполагаемого насилия. Анамнез за период перед насилием представляет важность для оценки состояния психического здоровья и уровня психосоциального функционирования жертвы перед травмирующими событиями. Это дает важную сравнительную информацию о состоянии обследуемого лица перед пытками и в настоящее время. Важно собрать достаточное количество данных о состоянии психического здоровья и психосоциальном функционировании обследуемого, для того, чтобы составить представление о том, в какой мере насилие, пытки способствовали развитию имеющихся психических нарушений.

Далее в данном разделе отражаются сведения о наследственности, отягощенной ка-кими-либо заболеваниями. Перечисляются и описываются ранее перенесенные психиче-ские расстройства, другие заболевания и соответствующее лечение. Отмечаются ранее перенесенные черепно-мозговые травмы, их последствия и лечение. Также в данном разделе эксперт выясняет анамнез по поводу употребления психоактивных веществ: табака, алкоголя, наркотиков и др. Следует выяснить, употреблялись ли до травмы и после нее наркотические средства, алкоголь, изменялась ли схема их применения и используются ли эти средства для борьбы с бессонницей, тревогой и с другими психическими расстройствами.

И в данном разделе следует отразить данные из предоставленных медицинских документов, судебных медицинских, психологических и/или психиатрических заключений.

«Сведения о заявленном насилии»

Следует предпринять все усилия для полного сбора сведений о насилии, пытках, преследовании и других соответствующих травмирующих воздействиях. Эта часть экспертизы бывает изнурительной для обследуемого лица. Опрос следует начать с кратко-

го перечисления событий в целом, а затем переходить к выявлению подробностей и деталей перенесенного насилия, пыток.

Фиксируется время, прошедшее с момента предполагаемого насилия и проведения экспертизы. Описываются обстоятельства, предшествовавшие травмирующему событию: преследование за политические, религиозные взгляды, дискриминация, угрозы в отношении жертвы или его близких лиц, аресты/заключения под стражу, членство в определенной социальной/политической группе и др. Описывая обстоятельства задержания, лишения свободы, следует получить ответы на такие вопросы: который был час? Где вы находились? Что вы делали? Кто находился рядом с вами? Опишите внешность тех, кто вас задержал. Были ли они военными или гражданскими лицами, в форме или в обычной одежде? Какое у них было оружие? Что они говорили? Были ли свидетели? Был ли это официальный арест, административное задержание, похищение? Применялось ли насилие, высказывались ли угрозы? Была ли возможность контакта с членами семьи? Отметьте, связывали ли задержанных, надевали ли им повязки на глаза, какие использовались транспортные средства, куда доставили задержанных, а также укажите фамилии, присутствовавших при этом должностных лиц, если они вами известны.

Важно отметить, в каких местах и условиях находился обследуемый под стражей. Здесь следует отметить, давали ли задержанным есть и пить, что именно, могли ли они пользоваться туалетом, а также указать освещенность, температуру и способ вентиляции помещения. Кроме того, нужно отметить, были ли контакты с членами семьи, адвокатами или работниками здравоохранения, содержался ли задержанный в переполненной или одиночной камере, каковы размеры места заключения и есть ли другие люди, которые мо-гут подтвердить, что задержание имело место. Получите ответы на следующие вопросы: куда вас доставили? Проводилась ли процедура установления личности (регистрация личных данных, снятие отпечатков пальцев, фотографирование)? Предлагали ли вам подписать что-либо? Опишите условия в камере или комнате (размер, другие лица, освещение, вентиляция, температура, наличие насекомых, грызунов, спального места и доступа к еде, воде и туалету). Что вы видели и слышали, какие запахи чувствовали? Общались ли вы с людьми за пределами места заключения, имели ли доступ к медицинскому обслуживанию?

При расспросе о методах насилия, пыток следует задать следующие вопросы: где имело место насилие, когда и как долго? Были ли завязаны глаза? Отметьте, кто при этом присутствовал? Опишите место, где происходило насилие? При возможности, следует описать каждое орудие пыток: при пытках электричеством – применявшееся устройство, количество и форму электродов. Спросите об одежде: приходилось ли раздеваться и менять одежду. Запишите, о чем говорилось во время допроса, какие высказывались оскорбления личности и т.д. О чем говорили между собой, те кто применял насилие, пытки.

В отношении каждой формы насилия, пытки отметьте следующее: положение тела, применение средств иммобилизации, характер контакта, включая продолжительность, частоту, анатомическое местоположение и область тела, на которую производилось воздействие.

«Обследование»

Основу экспертизы составляет оценка состояния перенесшего насилие, пытки и жестокое обращение лица в период обследования.

В данном разделе отражаются данные физического, неврологического, психического обследования, а также описываются результаты психологического исследования.

Физический статус:

Общий осмотр тела включает:

1. Выявление следов различных повреждений, в том числе самопорезов (с учетом их давности);
2. Выявление следов инъекций;
3. Осмотр волосистой части головы для выявления рубцов и шрамов после перенесенных травм;
4. Осмотр полости рта и языка на наличие кровоподтеков, следов прикусов, отсутствие зубов и др.

Исследование соматического состояния по органам и системам с учетом предъявляемых жалоб и наличия соматических заболеваний в анамнезе включает:

1. Исследование органов дыхания (осмотр, перкуссия, аускультация);
2. Исследование сердечно-сосудистой системы (осмотр, перкуссия, аускультация, измерение частоты пульса и артериального давления);
3. Исследование желудочно-кишечного тракта (пальпация живота, определение границ печени);
4. Исследование мочеполовой системы (осмотр, пальпация и др).

Неврологический статус:

При неврологическом исследовании определяются:

1. Расстройства функций черепно-мозговых нервов;
2. Рефлексы и их изменения, произвольные движения;
3. Экстрапирамидные нарушения;
4. Мозжечковая патология и расстройства координации движений;
5. Чувствительность и ее нарушения;
6. Расстройства высших мозговых функций (речь, гнозис, праксис и др).

Психический статус:

Следует выявить психические расстройства с учетом времени их появления, последующего усложнения или обратного развития с оценкой их влияния на различные стороны жизни испытуемого.

Отсутствие симптомов может объясняться эпизодической или зачастую отсроченной природой психических расстройств, или снижением мнестических процессов, а также отрицанием симптомов из-за чувства стыда.

Изучение психического состояния испытуемого происходит в процессе расспроса и сбора анамнеза, в результате наблюдения за испытуемым. Во время расспроса обращается внимание на особенности внешнего вида испытуемого, его мимики, движения, речи, манеры держать себя во время обследования. Порядок описания психического состояния в значительной мере определяется клинико-психопатологическими особенностями наблюдающихся психических нарушений. Клиническое психиатрическое исследование завершается систематизацией выявленных феноменов, их психопатологи-

ческой квалификацией для целостного анализа, соотнесения с принятыми критериями синдромологической и нозологической диагностики.

Психологическое исследование:

Экспериментально-психологическое исследование в рамках однородной судебнопсихиатрической экспертизы является дополнительным методом исследования и проводится в отдельных случаях. Показания к его проведению определяет врач судебно-психиатрический эксперт.

В рамках комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы этот метод исследования является обязательным.

Экспериментально-психологическое исследование должно дать экспертам-психиатрам информацию об особенностях и структуре психических процессов, индивидуально-психологических свойств и психическом состоянии испытуемого, которые необходимы для уточнения диагноза и решения экспертных вопросов. Как правило, это требует:

- представления дополнительных психопатологических данных для дифференциальной диагностики психических расстройств;
- определения степени выраженности имеющихся расстройств и отклонений от нормы.

Данные экспериментально-психологического исследования должны быть обобщены в заключении психолога.

Методический материал экспериментально-психологического исследования подбирается в зависимости от:

- конкретных задач;
- процессуального положения испытуемого;
- половозрастных факторов;
- вида экспертизы по месту и условиям ее проведения.

Резюмирующая часть экспериментально-психологического исследования при проведении комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы представляет собой формулировку экспертных выводов, т. е. ответов на вопросы органа, назначившего экспертизу, которые входят в компетенцию медицинского психолога, занятого в производстве комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы, и их подробное обоснование.

После проведения входящего в его компетенцию исследования медицинский психолог-эксперт в ходе взаимодействия с врачом судебно-психиатрическим экспертом осуществляет сопоставление полученных результатов с общей картиной психического расстройства, если таковое обнаруживается, согласовывает совместные выводы и оформляет собственную часть экспертного заключения.

Данный раздел включает также оценку и *заключение психосоциального функционирования* после перенесенного насилия, пытки. Этот компонент психологической экспертизы состоит в выяснении обстоятельств жизни в настоящее время. Важно задать вопросы об имеющихся на момент опроса источниках стресса, таких, как разлука или потеря близких, бегство из родной страны и жизнь в ссылке. Проводящий опрос должен также выяснить, способен ли обследуемый заниматься производительным трудом, зарабатывать на жизнь, заботиться о своей семье, а также располагает ли он социальной поддержкой.

Жестокое обращение, пытки и насилие могут непосредственно и косвенно влиять на способность человека действовать. Насилие может также опосредованно вызвать по-

терю способности действовать и привести к нетрудоспособности, если психические последствия пережитого нарушают способность человека заботиться о себе, зарабатывать средства на жизнь, содержать семью и получать образование. Следует оценить способность опрашиваемого лица к действиям в настоящее время, задавая вопросы о видах повседневной деятельности, социальной роли (в качестве домашней хозяйки, учащегося, рабочего), культурных и развлекательных мероприятиях и восприятии состояния здоровья. Проводящий опрос должен предложить опрашиваемому оценить состояние собственного здоровья, заявить о наличии или отсутствии ощущения хронической усталости и сообщить о возможных изменениях в общем функциональном состоянии.

«Обоснование диагноза и выводы»

Данный раздел состоит из обоснования диагноза/диагнозов и выводов.

Обоснование диагноза/диагнозов

Часть заключения, в которой приводится обоснование выставленного диагноза/диагнозов с перечислением клинических фактов (доказательств) выявленных психиче-ских расстройств. При интерпретации полученных данных психиатр должен руководствоваться исключительно клиническими аргументами с последовательным переходом от феноменологического описания к нозографической верификации и функциональному диагнозу. Эксперт обязан в своих диагностических суждениях опираться только на реальные клинические факты. Если степень выраженности симптоматики у обследуемого соответствует психиатрическому диагнозу по классификации МКБ-10, то следует указать этот диагноз. Возможна постановка нескольких диагнозов. Необходимо еще раз подчеркнуть, что, хотя диагноз связанного с травмой психического расстройства подтверждает обоснованность утверждения о насилии, несоответствие критериям психиатрического диагноза не означает, что человек не подвергался насилию. Степень выраженности симптоматики может не соответствовать диагностическим критериям МКБ-10. В этих случаях, как и во всех других, следует в совокупности рассматривать симптомы и излагаемые обстоятельства якобы перенесенного насилия.

Выводы:

Выводы оформляются в виде:

- Ответов на вопросы, поставленные на разрешение экспертизы;
- Установления связи между психическими нарушениями и предполагаемым насилием, а также установление степени соответствия данных психического обследования сообщению о предполагаемом насилии:
  1. Выводы о психическом состоянии интерпретируются в соответствии с классификацией:
     - **Не соответствует:** нарушение не могло быть вызвано описанной травмой;
     - **Соответствует:** нарушение могло быть вызвано описанной травмой, но оно не конкретное и есть много других возможных причин;
     - **Высоко соответствует:** нарушение могло быть вызвано описанной травмой, и есть несколько других возможных причин;
     - **Практически диагностируется:** нарушение не могло быть вызвано другим способом, кроме того, что описан.

2. Оценивается, что полученные психические данные являются ожидаемыми и типичными в ситуации экстремального стресса в контексте культурной и социальной среды обследуемого лица.
3. Перечисляются возможные причины появления психических нарушений.
4. Оценивается динамика развития психических симптомов под влиянием других значимых событий.
5. Оценивается согласованность данных психиатрического обследования с заявленными переживаниями подэкспертного.

- Установления соответствия между всеми источниками данных (физические, неврологические и психические нарушения, анамнестические сведения, знание методов пыток, жестокого обращения и насилия, применяемых в данном регионе, др. материалы) и заявлениями о насилии:

1. **Не соответствует:** ☐ Да
2. **Соответствует:** ☐ Да
3. **Высоко соответствует:** ☐ Да
4. **Практически диагностируется:** ☐ Да

«Рекомендации»

Данный раздел включает рекомендации эксперта на проведение дальнейшего обследования, лечения, реабилитации подэкспертного.

Глава 8. Особенности проведения медицинского и психологического обследования несовершеннолетних[1] в случаях насилия, пыток и жестокого обращения

В данном разделе Руководства даны минимальные стандарты, в которых отражены особенности правильного документирования насилия, пыток и жестокого обращения в отношении несовершеннолетних. У детей реакции, течение и исход заболевания/расстройства имеют некоторые отличия. Принципы врачебного осмотра несовершеннолетних также имеют и законодательные отличия. Так в случае оказания помощи несовершеннолетнему[2] в возрасте до 16 лет, предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, допускается для информирования его родителей или законных представителей.

Насилии, пытки могут оказывать на детей прямое и косвенное воздействие. О прямом воздействии говорится, если ребенка пытали или содержали под стражей или при-

[1] Несовершеннолетний – ребенок, не достигший 18-летнего возраста. Кодекс Кыргызской Республики о детях от 10 июля 2012 года N 100, Ст.5

[2] Закон об охране здоровья граждан в КР от 3 апреля 2006 года N 226

менили иные насильственные меры непосредственно к нему самому. Косвенное (скрытое), если ребенок узнал о пытках в отношении близких людей.

При проведении врачебного осмотра ребенка, в отношении которого предположительно, применялись насилие, пытки и жестокое обращение или он был их свидетелем, а также, если он является членом семьи лица, пострадавшего от насилия, необходимо убедиться в том, что ребенок получает поддержку лиц, заботящихся о нем, и чувствует себя в безопасности. Очень важно присутствие во время осмотра человека, которому ребенок доверяет. Врач должен обращать внимание и отражать в своем заключении невербальные (поведенческие) особенности ребенка, такие как агрессия, недоверие по отношению к взрослым, повышенная пугливость и т.д.

Если ребенок подвергся сексуальному насилию, важно провести видеозапись обследования, что поможет снизить количество дополнительных осмотров другими специалистами, и предоставит им возможность участия в диагностике, лечении и реабилитации. Врачу необходимо помнить, что сам осмотр может напомнить ребенку о насилии и реакция ребенка на осмотр может быть в виде спонтанного протеста, вплоть до психологического срыва. В таком случае потребуется больше времени на осмотр и/или помощь профессионального психолога.

Факторы, связанные с возрастными особенностями детей:

Реакция ребенка на насилие, пытки и жестокое обращение зависит от его возраста, стадии развития, формирования познавательных навыков, воспитания и множества других факторов, которые подробно описаны в соответствующих учебных пособиях и руководствах[1]. Многие дети не в состоянии рассказать врачу о факте травмы из-за неумения говорить на момент совершения насилия или утраты речевых навыков в результате произошедшего. Реакции страха и стыда, возникающие по причине искаженной переработки травматического опыта, препятствуют сообщению о пережитом насилии. В некоторых случаях дети теряют доверие к взрослым из-за случившегося и, само общение с ними становится пусковым фактором для тревоги и отчужденности. В ряде случаев родители детей и подростков, переживших чрезвычайный стресс, также подвергаются травматическому воздействию и склонны к отрицанию или вытеснению факта насилия. Поэтому они не являются надежным источником информации.

При оценке достоверности рассказа ребенка необходимо помнить, что реакция детей младшего возраста[2] до 3 лет на травмирующие события обычно выражается в перевозбуждении – беспокойстве, нарушениях сна, раздражительности, усиленных реакциях вздрагивания и избегании. Дети старше трех лет часто замыкаются в себе и отказываются прямо говорить о перенесенной травме. Еще одной важной особенностью является то, что дети не способны воспринимать события во времени/пространстве и могут последовательно рассказать о перенесенных насилии, пытках только с 8-9 лет. Но в этом возрасте эти навыки еще не до конца сформированы, и обычно дети приобретают устойчивую способность к последовательному изложению фактов по достижении 12 лет. Поэтому врачу необходимо помнить, что несоответствие рассказа не означает, что насилия, пыток и жестокого обращения не было.

---

1 http//cpmssozon.ucoz.ru/doc/uchebnik. Цымбал Е.И. Жестокое обращение с детьми, http://literatura.kg/articles/?aid=894 Методическое руководство М.Земляных, Е.Заиченко Жестокое обращение с детьми (Кыргызстан)

2 Период раннего детства (преддошкольный период) от 1 года до 3-х лет.

Подростковый возраст представляет собой период бурного развития и последствия насилия, пыток и жестокого обращения отличаются большим разнообразием. Перенесенное насилие, пытки и жестокое обращение могут вызвать у подростков выраженные нарушения поведения, выражающиеся в антисоциальном поведении, или же воздействие насилия, пыток на подростков может быть аналогичным последствиям, наблюдающимся у детей младшего возраста.

Особенности сбора анамнеза при документировании случаев насилия должны учитывать следующие пункты:

При сборе анамнеза заболевания врачу следует обратить внимание на косвенные симптомы предполагаемого насилия, если:

- Ребенка не сразу показали врачу, а спустя какое-то время после травмы.
- Объяснения родителей по поводу травмы противоречивы и отличаются от объективной картины, которую видит врач.
- Отмечается множественность повреждений, различная степень их давности, специфический характер (отпечатки пальцев, предметов).
- Повторное обращение по поводу аналогичных травм в различные учреждения.

Особенности осмотра детей, пострадавших от насилия, пыток и жестокого обращения[1].

Врачебный осмотр проводится в соответствии с общими клиническими стандартами в педиатрии, учитывая описанные в данной главе особенности.

Анамнез жизни:

Учитывая то, что в разные возрастные периоды те или иные особенности жизни имеют большее значение, очень важен тщательный сбор анамнеза жизни. Так, у детей до 3 лет, если это имеет значение в контексте обращения за медицинской помощью по поводу насильственных действий в отношении ребенка, уделяется внимание особенностям антенатального, интранатального и раннего постнатального периодов. Следует отметить регресс ранее приобретенных навыков моторики и статики у ребенка после полученной травмы. Отражением полученной травмы так же могут быть изменения в психическом развитии[2]: перемены в поведении и в повседневных привычках ребенка дома, вне дома, в отношениях со сверстниками и взрослыми. Ребенок может потерять интерес к тому, что раньше его занимало, стать более нервозным, боязливым, избегающим контактов с определенными людьми, изменить манеру одеваться.

Психосоциальный анамнез включает: условия жизни ребенка, окружение, отношения со сверстниками, отношения с учителями. Место работы родителей, наличие криминального прошлого родителей, злоупотребление алкогольными, психоактивными веществами родителями или ребенком.

---

[1] Меры по защите прав ребенка и извещения уполномоченных органов в случае возникновения угрозы жизни или здоровью ребенка отражены в ст.82 Семейного кодекса КР.

[2] Проводя оценку нервно-психического здоровья ребенка учитывать этапность в соответствии с четырьмя уровнями нервно-психического реагирования у детей и подростков: 1)соматовегетативный (0–3 года); 2) психомоторный (4 – 10 лет); 3) аффективный (7 – 12 лет); 4) эмоционально-идеаторный (12 – 16 лет).

В запись истории о пережитом насилии должны быть включены три основных аспекта:

1. *События, которые конкретно довелось пережить ребенку (если ребенок не может рассказать в силу возраста, со слов сопровождающего).*
2. *Последствия этих событий – в жизни отдельного ребенка, в его представлении о себе, в его взаимоотношениях с другими людьми – или последствия для более широкого сообщества.*
3. *Реакция ребенка на пережитое насилие и его последствия: надежды, ценности и желания.*

Объективное исследование (status praesens)

Медицинскому работнику, проводящему осмотр ребенка, необходимо обращать внимание на следующие особенности, симптомы и синдромы[1]:

Осмотр и пальпация кожных покровов:	1. Кровоподтеки/ссадины при случайном падении в большинстве ситуаций появляются у ребенка в области локтевых и коленных суставов. У избитого ребенка кровоподтеки могут быть разной формы и локализации, часто образующие рисунок на коже, в виде: • отпечатков ладоней или овальных отпечатков пальцев вследствие пощечин, сильного сжатия и тряски; • длинных, лентовидных экхимозов из-за ударов ремнем или узких дугообразных синяков из-за ударов натянутой веревкой или шнуром, • кровоподтеков-отпечатков на конечностях, если ребенка крепко держали (отпечатки пальцев) или на теле. • точечных кровоподтеков на мочке уха, в результате ударов рукой в область уха (могут быть обнаружены и в заушной области) 2. Кровоподтеков и осаднений на внутренней и внешней поверхности верхней губы у детей первого года жизни, которые могут возникнуть в результате травмирующего воздействия бутылочки в процессе насильственного кормления. Следов сдавления в виде кровоподтеков и ссадин в области щек, если ребенку с силой сжимали лицо при попытке насильственного кормления. Естественное возникновение кровоподтеков в этой области невозможно до тех пор, пока ребенок не научится самостоятельно сидеть (примерно в 6-8 месяцев), когда он может случайно повредить данную область при падении. 3. Ожоги в виде следов от таких предметов как сигареты, столовые приборы, утюг и т.д. Следы от обваривания, которые четко ограниченыздоровой кожей (по форме перчаток или носков, в локальной области промежности и т.д.)

[1] В данном разделе предлагается краткое описание симптомов и синдромов перенесенного физического насилия, в дальнейшем планируется разработка методического руководства по документированию насилия, пыток и других жестоких, бесчеловечных и унижающих достоинство видов обращения и наказания в отношении детей

	4. Следы обвития в области шеи, запястья, голени. 5. Укусы – при нанесении повреждений взрослыми расстояние между следами от клыков составляет более 3 см. 6. «Монгольские пятна» – область гиперпигментированной кожи в пояснично-крестцовой области у некоторых детей, являются вариантом нормы, но могут быть приняты за кровоподтеки.
Осмотр волосистой части головы	• Облысение, выраженность (достаточность или поредение) волосяного покрова ломаные волосы разной длины. • Облысение затылочной области может быть одним из симптомов заброшенности, так как дети большую часть времени проводят лежа на спине. • Повреждения головы с изменением цвета кожи, гематомами. Может отмечаться локальная болезненность при прикосновении к определенным участкам на коже головы.
Осмотр полости рта и зева	• Удары по лицу могут привести к разрыву уздечки и выпадению зубов. • Повреждения внутренней стороны губ у старших детей из-за прикусывания зубами. • Симптомы принудительного кормления могут быть выявлены в виде повреждений в ротовой полости. • Ссадины, утолщенная кожа или рубцы в уголках рта могут быть вследствие введения кляпа в рот.
Осмотр и пальпация живота	Среди прочих серьезных признаков насилия могут быть диагностированы абдоминальные травмы. В ряде случаев они выявляются только по мере ухудшения состояния ребенка и потенциально могут иметь тяжелые последствия. Травма вызывается ударом, сильным давлением или сотрясением. При обращении по поводу «острого живота» могут диагностироваться травматические разрывы органов брюшной полости, что выявляется во время исследования или при лапаратомии.
Осмотр анальной области	• Наличие повреждений в области ягодиц, меж ягодичной щели. • Изменение цвета слизистой оболочки. • Наличие осаднений, кровоизлияний, трещин и разрывов слизистой оболочки в перианальной и анальной области. • У детей, подвергшихся сексуальному насилию ссадины преимущественно имеют овальную форму, захватывают всю слизистую, вершину складок и пространство между ними. • Изменение состояния лучеобразных складок. • Наличие трещин, кровоизлияний, ран. • Выпадение, зияние прямой кишки. • Изменение характера стула после травмы (цвет, консистенция, примеси – кровь, слизь и т.д.).
Осмотр мочеполовой системы	• Изменения поведения ребенка во время мочеиспускания: дети грудного возраста выражают болезненность при мочеиспускании криком, возникающим во время или сразу после мочеиспускания. • Изменение цвета слизистой оболочки, симптомы раздражения, кровоподтеки, ссадины, следы укусов, надрывы, разрывы мягких тканей. Нарушения анатомической целостности девственной плевы.

Синдромы и состояния, возникающие в результате насилия, пыток и жестокого обращения:

Травма головы	• У детей до 1 года[1], как правило, протекает малосимптомно. Потери сознания чаще не бывает, отмечается однократная или многократная рвота, тошнота, срыгивания при кормлении, бледность кожи, беспричинное беспокойство и плач, повышенная сонливость, отсутствие аппетита, плохой сон. • У детей дошкольного возраста чаще удается установить факт потери сознания, тошноты и рвоты после травмы. Отмечаются головные боли, учащение или замедление пульса, нестабиль-ность артериального давления, бледность кожных покровов, потливость. При этом нередко отмечается капризность, плак-сивость, нарушение сна. • Иногда у детей наблюдается такой симптом, как посттравма-тическая слепота. Она развивается сразу после травмы или не-много позже, сохраняется в течение нескольких минут или ча-сов, а затем самостоятельно исчезает. Причина этого явления до конца не ясна. • Особенности детского организма приводят к тому, что дли-тельное состояние компенсации может смениться быстрым ухудшением состояния. То есть сразу после получения травмы ребенок чувствует себя удовлетворительно, а через некоторое время появляется и начинает быстро нарастать симптоматика.
Переломы	Изолированные переломы различной локализации при неоднократном действии травмирующей силы, могут свидетельствовать о насилии. • Спиральные переломы верхних и нижних конечностей ребенка могут образоваться при захвате и выкручивании их взрослыми. Такие переломы часто свидетельствуют о применении к детям насилия. Если дети уже научились стоять и ходить, спиральные переломы костей рук, бедренных и большеберцовых костей могут быть случайными. Например, ребенок может получить спиральный перелом, если во время бега его нога застрянет, а тело при падении резко развернется в сторону • Осколочные переломы и переломы по типу «ивового прута» – поднадкостничные переломы трубчатой кости без нарушения ее непрерывности, но с угловой деформацией – могут явиться результатами насилия. Осколочный (или угловой) перелом представляет собой классический пример преднамеренно нанесенной травмы, когда при выкручивании происходит отрыв в зоне роста кости. • Случайные переломы ребер у детей грудного возраста встречаются крайне редко. Они могут возникать в результате сильного сжатия грудной клетки. Переломы в необычных местах (лопатка, ключица, грудина) также должны вызывать подозрение. • Некоторые редкие заболевания костей ведут к множественным повторным переломам, однако такие переломы отличаются от преднамеренных. Кости при заболеваниях обычно ломаются в диафизарной части, при этом осколочные переломы и переломы «ивового прута»

[1] По данным НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко РАМН http://www.nsi.ru/

	для таких заболеваний нетипичны. Имеет значение анамнез, так как подобные заболевания часто передаются по наследству, вследствие чего ими обычно страдает кто-либо из родственников ребенка.
Геморрагия сетчатки[1]	Может быть одним из симптомов тряски младенцев и/или травмы головы. Ведет к рубцовым изменениям сетчатки. Геморрагия сетчатки может быть результатом родовой травмы, но в этом случае рубца не остается (Sezen F., 2000)
Абдоминальные травмы[2]	В ряде случаев может не быть внешних признаков травмы, однако внутри брюшной полости возможны разрывы печени, селезенки, брыжейки, кишечника и обширные кровоизлияния в брюшную полость. Сильный удар в живот может привести к ушибам и разрывам печени. Чаще всего разрывы у детей происходят в таком порядке: печень, брыжейка, кишечник
Синдром тряски младенца[3]	• Травмы, как правило, возникают у детей в возрасте до 2 лет, но могут рассматриваться и до 5 летнего возраста. • Проявляются в виде: подоболочечных кровоизлияний, кровоизлияний в сетчатку, различных повреждений спинного мозга и шеи, кровоизлияний в связочные аппараты внутренних органов, а также переломов ребер и костнотравматических повреждений. Отмечается раздражительность, вялость, плохой аппетит, проблемы с дыханием, судороги, рвота, бледность или мраморный рисунок кожи
Ожоги (погружение в горячую воду в воспитательных целях)	• Наиболее частой причиной ожогов является окунание или погружение ребенка в горячую воду. При окунании бедра ребенка прижимают к животу, опускают ягодицы и генитальную/ректальную область в емкость с горячей водой. В результате возникают ожоги округлой формы, локализующиеся в области ягодиц и гениталий (наказание за недержание мочи или за отказ «ходить на горшок» и т.д.). В данном случае руки и ноги ребенка остаются неповрежденными. • Ожог, который возникает в результате погружения в горячую воду обеих ног ребенка, иногда называют «чулочным ожогом», поскольку по форме он напоминает чулки или носки. Аналогичный ожог рук называется «перчаточным». Вероятность того, что такой ожог причинен преднамеренно в качестве наказания, возрастает, если он поднимается намного выше уровня запястий или лодыжек и на других частях тела отсутствуют следы ожогов.
Синдромом Мюнхаузена[1] **– симуляция симптомов, фальсифицирование данных**	• В случае, если один из родителей мать или отец фальсифицируют анамнез ребенка и могут специально причинять ему вред, давая ненужные лекарственные препараты, добавляют в мочу кровь или бактериальные примеси, для имитации болезни.

[1] В. В. Хохлов Руководство по судебной медицине издание второе. Смоленск 2003

[2] В. В. Хохлов Руководство по судебной медицине издание второе. Смоленск 2003

[3] NINDS Shaken Baby Syndrome http://www.ninds.nih.gov/disorders/shakenbaby/shakenbaby.htm

[4] www.fagprosedyrer.no Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer – профессиональные процедуры по выявлению жестокого обращения с детьми – унифицированные критерии оценки

клинико-лабораторного обследования и т.д.	• Частые обращения к разным врачам в различные лечебные учреждения. • Жалобы на периодически возникающие обмороки /остановку дыхания у ребенка. • Судороги, которые наблюдаются только родителем/опекуном ребенка • Гипогликемические состояния • Различные симптомы или заболевания, не имеющие медицинского объяснения и объективной причины
Сексуальное злоупотребление[1]	• Неадекватный интерес к сексуальным отношениям или слишком детальные знания в сексуальной сфере. • Сексуально окрашенные рисунки и разговоры; • Способность в деталях описать различные действия сексуального характера • Вовлечение других детей в действия сексуального характера • Ночные кошмары • Энурез, энкопрез, боли при сидении и ходьбе • Резкое изменение аппетита • Чрезмерная подчиняемость или выраженная агрессивность • Страх определенного лица или члена семьи • Регрессивное поведение: сосание пальцев, потеря ранее приобретенных навыков • Боли в животе, горле, беспричинная рвота
Пренебрежение физическими нуждами ребёнка	• Очень худой или очень полный ребёнок. Из-за неправильного, несбалансированного и несоответствующего возрасту питания ребёнок или не прибавляет в весе, или наоборот выглядит очень полным. Может быстро прибавлять в весе, пока находится на стационарном лечении с соответствующим уходом. • Очень бледный, анемичный ребёнок. Родители не обеспечивают ребенка необходимыми для его роста и развития продуктами питания и витаминами. • Грудной ребёнок «ищет еду» губами. Мать забывает кормить или не хочет кормить ребёнка; или дает ему пищу, несоответствующую возрасту. • Жадно ест, когда предлагают. • Опрелости у грудных детей, постоянно грязный ребёнок. Ребёнку не меняют пеленки, не моют его, не выполняют элементарные гигиенические требования. • Ребёнок одет не по погоде. В холодную погоду ребёнок ходит без теплой одежды и обуви.

Клинические аспекты оценки психологического статуса.

У детей могут проявиться симптомы посттравматического стрессового расстройства. Проявления ПТСР (по DSM – IV) могут быть такими же, как и у взрослых, но врач должен обращать особое внимание на поведение ребенка. Ребенок может, например,

[1] В.Д. Бадмаева Государственный научный Центр социальной и судебной психиатрии, 2009 г.

проявлять симптомы повторного переживания травмы в виде монотонной, повторяющейся игры, представляющей элементы травмирующего события, зрительных воспоминаний пережитого во время игры и вне ее, повторяющихся вопросов или заявлений о травмирующем событии и ночных кошмаров.

У ребенка могут развиться ночное недержание мочи, потеря контроля дефекации, социальный аутизм, измениться отношение к себе и к окружающим и появиться ощущение, что у него нет будущего. Ребенок может испытывать перевозбуждение, и у него могут быть ночные страхи, проблемы с засыпанием, расстройство сна, раздражительность и выраженные нарушения внимания и концентрации. Страхи и агрессивное поведение, которые не наблюдались до травмирующего события, могут проявиться в виде агрессивности по отношению к себе и сверстникам, взрослым или животным, боязни темноты, боязни одному идти в туалет и других фобий. Ребенок может проявлять сексуальное поведение, которое не соответствует его возрасту.

Могут отмечаться симптомы тревоги, такие как чрезмерная боязнь незнакомых людей, боязнь разлуки, паническое состояние, тревожное возбуждение, вспышки гнева и неконтролируемый плач.

Отличие диагностических критериев посттравматического стрессового расстройства по DSM-IV[1] у взрослых и детей:

Симптомы ПТСР	Взрослый	Ребенок
Индивид подвергся воздействию психотравмирующего события	пережил, был свидетелем либо столкнулся с чрезвычайным происшествием (происшествиями), которые включали смерть или угрозу смерти либо тяжелого ранения, или угрозу физической целостности других людей (либо собственной);	пережил, был свидетелем либо столкнулся с чрезвычайным происшествием (происшествиями), которые включали смерть или угрозу смерти либо тяжелого ранения, или угрозу физической целостности других людей (либо собственной);
Реакция проявлялась в виде:	интенсивного страха, беспомощности или ужаса	дезорганизованного или возбужденного состояния.
Психотравмирующее состояние упорно переживается вновь и вновь одним (или более) из перечисленных способов:	• повторяющиеся мучительные навязчивые воспоминания о событии, включая представления, мысли или ощущения	• у детей младшего возраста (до 3 лет) могут наблюдаться повторяющиеся игры, в которых звучат темы и аспекты пережитой травмы
	• повторяющиеся тягостные сновидения о событии и характеризуются активной позицией (например, сами в своих сновидениях наносят разрушения)	• пугающие сновидения с неопределенным содержанием, чаще всего видят себя во сне пассивными, испытывающими травму объектами и просыпаются в страхе, который очень реален.
	• такое поведение и эмоции, как будто событие происходит снова, включая чувства оживления пережитого, иллюзии,	• до шестилетнего возраста может наблюдаться повторяющееся проигрывание в лицах специфических эпизодов травмы. Дети в

[1] DSM IV – четвертая редакция Diagnostic and Statistical Mannual of Mental Disorder – классификационный психиатрический стандарт, подготовленный Американской психиатрической ассоциацией

	галлюцинации и диссоциативные эпизоды навязчивых воспоминаний («флеш-бек»), в том числе возникающих при пробуждении и в состоянии интоксикации.	различных играх действуют в соответствии с травматическим поведением, например, становятся рискованными, начинают играть в игры, связанные с отрицательными ситуациями, или в которых хоронят кого-то, т. е. они предпочитают разыгрывать болезненный опыт

Клиническая картина[1] **депрессии** у детей близка к тем расстройствам, которые наблюдают в зрелом возрасте, но имеет некоторые отличия. В детском возрасте на первый план выступают соматовегетативные симптомы депрессии, тогда как аффективная составляющая представлена чувством подавленности, угнетённости, скуки, реже переживанием аффекта тоски. Примерно с восьмилетнего возраста некоторые дети действительно испытывают депрессивные расстройства, феноменологически очень похожие на депрессивные расстройства взрослых. Это сходство дает возможность диагностировать депрессивные расстройства детского возраста, используя немодифицированные (или лишь слегка модифицированные) критерии для взрослых.

Нарушение сна и аппетита, встречаются реже, чем у взрослых. Чувства вины и безнадежности у депрессивных детей, встречаются реже, чем у депрессивных подростков и взрослых. Суицидальные планы у депрессивных детей обычно менее летальны, чем у депрессивных подростков или взрослых: например они пытаются утонуть, держа в ванне голову под водой. Констелляции депрессивных симптомов в детстве могут включать отказ или нежелание посещать школу, раздражительность, боли в животе и головную боль. Врачу всегда следует спрашивать о соматических жалобах, которые присутствуют в большинстве случаев. Некоторые психиатры считают, что многие детские психические расстройства в диапазоне от энуреза до расстройства поведения являются детскими эквивалентами депрессии взрослых, даже если дети не кажутся несчастными. Но не следует диагностировать депрессию у детей в отсутствие других отчетливых симптомов.

Роль родителей/законных представителей

В случаях насилия, пыток и жестокого обращения в отношении детей, врачам необходимо учитывать, что родители/законные представители несовершеннолетних могут играть различную роль при проведении медицинского осмотра и документировании.

Следует иметь в виду, что насилие над детьми во многих случаях совершается родителями, родственниками, законными представителями детей, а также персоналом учреждений лишения/ограничения свободы. Таким образом, в случае насилия, пытки и жестокого обращения над ребенком со стороны третьих лиц родители/законные представители могут оказывать помощь при документировании, а в случаях, когда сами совершают насилие – могут тщательно скрывать насилие и/или для сокрытия факта насилия оказывать давление на ребенка.

[1] Harrington R. et al. (1998) Psychological treatment for depression in children and adolescents: a review of treat-ment research. British Journal of Psychiatry, 173, 291-298.
Hazell P. et al. (1995) Efficacy of tricyclic drugs in treating child and adolescent depression: a metaanalysis. BMJ, 310, 897-901.
Jureidini J.N. et al (2004) Efficacy and safety of antidepressants for children and adolescents. BMJ, 328, 879-883.
Wood A. et al. (1996) Controlled trial of a brief cognitive-behavioural intervention in adolescent patients with de-pressive disorders. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 37, 737-746.

Исходя из этого, при подозрении на совершение насилия в отношении детей, опрос ребенка об обстоятельствах получения травм не следует проводить в присутствии сопровождающих его взрослых.

Врачам также следует обращать внимание на особенности поведения взрослых, сопровождающих детей, которые могут указывать на признаки насилия с их стороны:

- противоречивые, путаные объяснения причин травм у детей;
- обвинение в травмах самого ребенка;
- позднее обращение или отсутствие обращения за медицинской помощью;
- отсутствие эмоциональной поддержки и ласки в обращении с ребенком (не утешают ребенка, когда он плачет);
- неспровоцированная агрессия по отношению к персоналу;
- большее внимание собственным проблемам, нежели имеющимся у ребенка повреждениям.
- сравнивают ребенка с другими детьми не в его пользу, постоянно критично относятся к нему;
- обвиняют ребенка во всех своих неудачах.

В соответствии с законом, исходя из интересов ребенка, врач, не спрашивая информационного согласия законных представителей ребенка, обязан передать информацию в органы прокуратуры.

Глава 9. Статистические формы учета, отчета и мониторинга

9.1. Сбор данных об обращениях по случаям насилия

Современная медицинская статистика является составным элементом системы государственного регулирования, она изучает закономерности массовых процессов, закономерностей и тенденций в здоровье населения в целом и в различных его группах (возрастных, половых, профессиональных и др.) во взаимосвязи с конкретными условиями и образом жизни населения.

В этой связи, данные об обращаемости населения по различным случаям насилия, являются важной составляющей при принятии решения не только в системе здравоохра-нения, но и национальном уровне. Так, с учетом данных здравоохранения о насилии оп-ределяются приоритеты государственных программ и планы развития не только в системе здравоохранения, но в социальной защите, образовании, правоохранительных органах. Кроме этого, данные медицинской статистики о насилии служат индикаторами исполнения взятых на себя Кыргызстаном международных обязательств по исполнению Конвенций ООН против пыток, по правам детей и ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин.

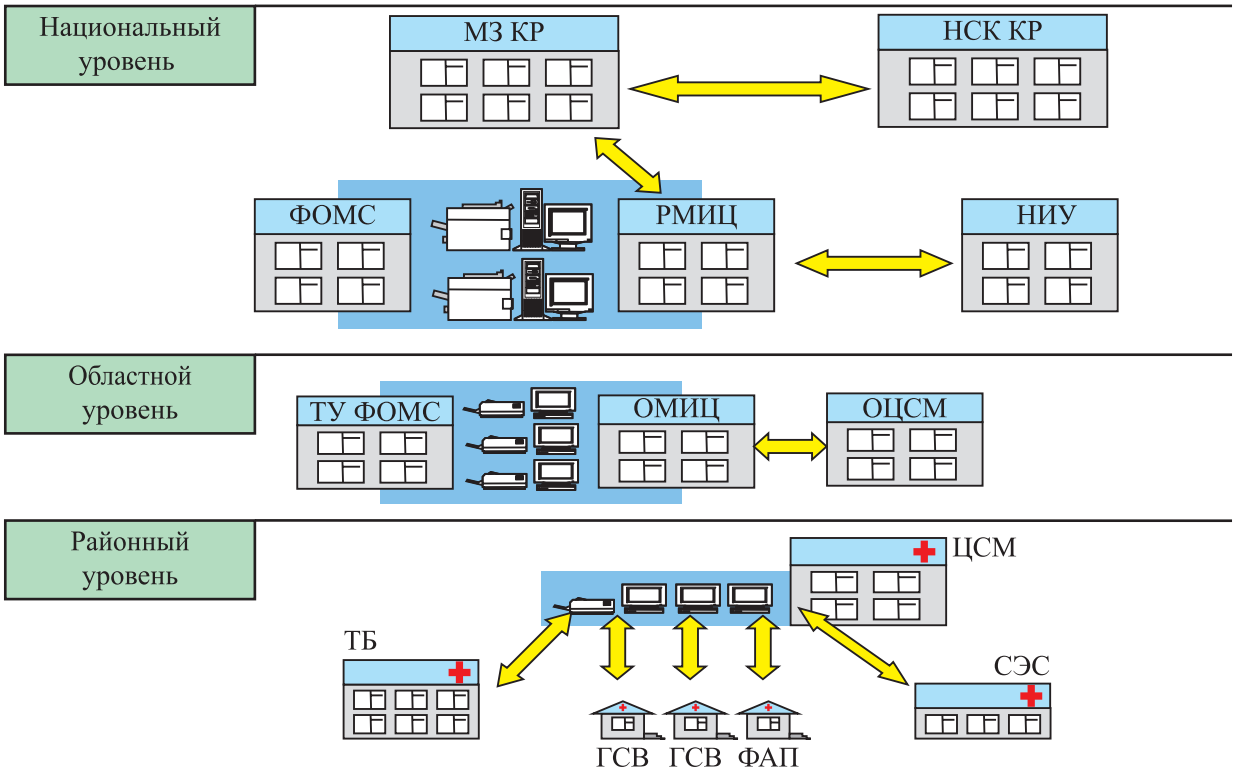
Поскольку сбор статистки по насилию может требовать немалых затрат, важно, чтобы полученные данные публиковались, распространялись и активно использовалось при выработке мер, направленных на снижение насилия во всех формах его проявления, а не хранилось в тайне или собиралось просто ради накопления статистики.

Система сбора статистических данных МЗ КР обращаемости за медицинской помощью в результате насилия включает данные всех государственных организаций здравоохранения, куда могут обраться пострадавшие от насилия. На схеме представлены информационные потоки о лицах, обратившихся за медицинской помощью или на освидетельствование по всем видам насилия в системе здравоохранения.

Движение статистической информации в единой информационной системе здравоохранения, в том числе о лицах, обратившихся по насилию осуществляется на трех уровнях и представлено на рисунке 1.

Рисунок 1 Информационные потоки в Единой информационной системе здравоохранения

ЕИС здравоохранения



Информация от ФАП и ГСВ, Центра (отделений) экстренной и неотложной медицинской помощи (ЦЭНМП) передается в соответствующий ЦСМ, где формируется сводный отчет, который направляется на областной уровень в областной медико-информационный центр (ОМИЦ). Информация о лицах, обратившихся по поводу насилия в стационар передается с уровня стационара в на областной уровень (ОМИЦ). Данные о лицах, освидетельствованных службой судебно-медицинской экспертизы с районного (городского уровня) поступают на областной уровень (ОБСМЭ, ОМИЦ). На областном уровне собираемая информация от районов (городов), обобщается и направляется в РМИЦ в бумажном и электронном формате с приложением первичных отчетов. Сводная информация от РМИЦ направляется в министерство, в Национальный статистический комитет по запросу и распространяется среди пользователей (Правительство, Парламент, МВД, Аппарат Омбудсмена, НПО и др.

Система статистической отчетности обращаемости населения по насилию в систему здравоохранения приведена на рисунке 2.

Рисунок 2. Система статической отчетности обращаемости населения по насилию

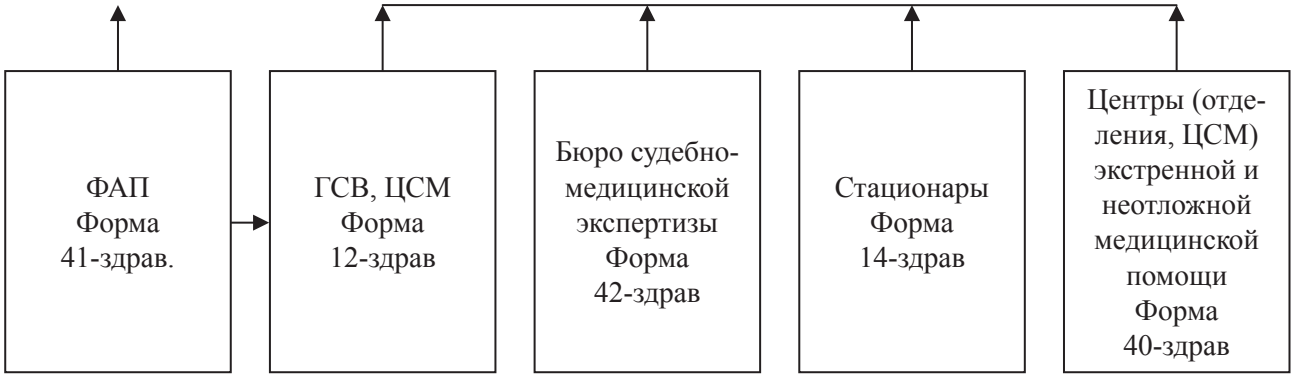
Статистическая отчетность по насилию включает количество обращений по следующим видам насилия:

1. Сексуальное;
2. Физическое;
3. Психическое.

В отчетности выделяется насилие, полученное:

- В семье (семейное насилие);
- Насилие в отношении пожилых (58 лет и старше; 63 года и старше);
- Насилие в отношении лиц с ограниченными возможностями здоровья (ЛОВЗ);
- Отдельной строкой выделяются лица, оставленные без внимания или заброшенные;
- Обращаемость по случаям насилия, полученного от должностного лица в системах:
  - образования;
  - социального развития;
  - здравоохранения;
  - Министерства внутренних дел.

Отчетность содержит информацию о количестве обратившихся, в т.ч. по физическому, сексуальному и психическому насилию, а также половозрастные характеристики обратившихся



Годовые формы отчетности

Отчетность о лицах, обратившихся к врачу в организации/учреждения здраоохранения, отчитывающихся в РМИЦ, по поводу насилия, осуществляется на основе стандартизированной формы (Приложение 8), интегрированной в существующую государственную отчетность:

Форма № 41 – здрав (Отчет фельдшерско-акушерского пункта, раздел 6.0 Число лиц, обратившихся к врачу по поводу насилия в семье). Отчетность предоставляют Фельдшерско-акушерские пункты к 5 января в ЦСМ; ЦСМ в ОМИЦ; ОМИЦ в МЗ.

Форма № 12 – здрав (Отчет о деятельности организаций здравоохранения (центра семейной медицины, диспансера, ГСВ, раздел 11.0 Число лиц, обратившихся к врачу по поводу насилия в семье). Отчетность предоставляют: организации здравоохранения, оказывающие первую медицинскую и профилактическую помощь для взрослых и детей: центры семейной медицины, областной медико-информационный центр, сводный отчет в разрезе районов -статистическому органу по месту нахождения, Минздрав

Кыргызской Республики в установленные сроки; другие министерства, ведомства, имеющие медицинские учреждения Минздраву Республики в сроки, установленные последним; Минздрав Республики сводный отчет в разрезе областей и районов – 5 марта Нацстаткомитету Кыргызской Республики.

Форма № 42-здрав (Отчет Бюро судебно-медицинской экспертизы, раздел 3.0 Число лиц, обратившихся по поводу насилия в семье). Отчетность представляют: районные судебно-медицинские эксперты, судебно-медицинские эксперты, других ведомств и бюро судебно-медицинской экспертизы, территориального управления здравоохранения республики без областного деления – 5 января.

Форма № 14-здрав (Отчет о деятельности стационаров, раздел 10.0 Число лиц, пролеченных по поводу заболеваний (травм), возникших в результате насилия в семье). Отчетность предоставляют: больничные организации, стационары, диспансеры, родильные дома, клиники национальных центров и НИИ – областным медико-информационным центрам 5-го января; областные медико-информационные центры сводный отчет – Минздраву Кыргызской Республики в установленные последним сроки.

Форма 40-здрав (Отчет центра (отделения) экстренной и неотложной медицинской помощи раздел 2. Медицинская помощь при выездах, секция Число лиц, обратившихся к врачу по поводу насилия в семье). Отчет предоставляют национальный онкологический центр, областные объединенные больницы, ОЦСМ, ЦСМ, областному медико-информационные центру в установленные последним сроки; областные медико-информационные центры сводный отчет в разрезе районов, городов Минздраву Кыргызской Республики в установленные последним сроки.

9.2. Работа с документами первичного учета случаев насилия

Для учета первичных данных специалистами РМИЦ разработан и предлагается на утверждение единый Журнал регистрации лиц, обратившихся по поводу насилия, в организации здравоохранения (Приложение 9) и Инструкция по заполнению журнала (Приложение 10).

В соответствии с инструкцией журнал заполняется специалистами в приемном отделении стационара, врачом ЦСМ, ГСВ, фельдшером или медицинской сестрой на ФАП, врачом или фельдшером центра (отделения) экстренной и неотложной медицинской помощи, врачом бюро (отделения) судебно-медицинской помощи. Журнал должен быть пронумерован и прошнурован, срок хранения журнала в архиве организации здравоохранения составляет десять лет.

В Журнале регистрируются все лица, обратившиеся в организации здравоохранения по поводу насилия.

Журнал является связующим документом для органов юстиции, правоохранительных органов, кризисных центров, куда должны передаваться сведения.

Данные журнала позволяют составить отчетность по случаям насилия по видам насилия, указанным на рисунке 2 по республике в целом, а также по областям, городам Бишкек, Ош и районам.

Приложение 1. Бланк Информированного согласия на проведение экспертизы

Информированное согласие/отказ подэкспертного на проведение судебно-медицинской, психиатрической, комплексной психолого-психиатрической экспертиз №_____

Я, _____
(фамилия, имя, отчество – полностью)
_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

Для лиц, не достигших 16 лет или недееспособных граждан:
Я, _____
(фамилия, имя, отчество – полностью)
Документ, удостоверяющий личность (название и номер) _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным _____
(фамилия, имя, отчество ребенка/ недееспособного гражданина – полностью)
_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

- Получил(а) полные и всесторонние разъяснения о цели и особенности экспертизы в случаях насилия;
- Я ознакомлен(а) о потенциальных выгодах, рисках и возможных ограничениях на конфиденциальность;
- Я извещен(а) о праве на обращение с заявлением в правоохранительные органы;
- Я проинформирован(а) о том, каким образом будут использоваться, храниться сведения, полученные в ходе экспертизы, и кто будет иметь к ним доступ;
- Я поставлена(а) в известность о праве на проведение судебной медицинской, психиатрической, психологической экспертиз, в том числе у негосударственных экспертов / организаций;
- Мне сообщено о праве отказаться от медицинского осмотра, за исключением случаев, предусмотренных законом.

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно
_____ мне (представляемому) на проведение судебно-
даю свое согласие / не даю своего согласия
медицинской, психиатрической комплексной психолого-психиатрической экспертиз(ы)
(нужное подчеркнуть)
«___»_____ 20___ года

Подпись подэкспертного/законного представителя _____
Расписался в моем присутствии
Информированное согласие не получено, поясните: _____
_____

Эксперт _____ Подпись _____
(Ф.И.О)

Приложение 2. Форма медицинского осмотра при обращении (поступлении) по поводу насилия, пыток и жестокого обращения

ДААУнун коду/Код ЛПО _____ **Аталышы/Наименование** _____ _____ **ҮВТнын/ФАПтын коду жана аталышы/Код и наименование ГСВ/ФАП**_____	**№ 003-3/у үлгүсүндөгү медициналык документтер** **Медицинская документация Форма № 003-3/у** **Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин № 680 Буйругу менен 07.12.2015-ж. бекитилген** **Утверждена Приказом Минздрава Кыргызской Республики № 680 от 07.12.2015 г.**

ЗОРДУК-ЗОМБУЛУК, КЫЙНОО ЖАНА ЫРАЙЫМСЫЗ МАМИЛЕ БОЮНЧА КАЙРЫЛУУДА (ТҮШҮҮДӨ) МЕДИЦИНАЛЫК КАРООНУН ҮЛГҮСҮ

ФОРМА МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА ПРИ ОБРАЩЕНИИ (ПОСТУПЛЕНИИ) ПО ПОВОДУ НАСИЛИЯ, ПЫТОК И ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ

1. Зордук-зомбулук, кыйноо жана ырайымсыз мамиле боюнча кайрылууда медициналык кароонун үлгүсү (мындан ары – Үлгү) соттук эксперт катары каралбаган, зордук-зомбулук, кыйноо жана ырайымсыз мамиле жана зордук-зомбулуктун башка бардык түрлөрү (мындан ары зордук-зомбулук) боюнча кайрылган (түшкөн) пациенттерди медициналык жактан кароодо медициналык кызматкерлер пайдаланышат.
   Форму медицинского осмотра при обращении по поводу насилия, пыток и жестокого обращения (далее – Форма) следует использовать медицинским работникам, не выступающим в качестве судебных экспертов, при проведении медицинского осмотра пациентов, обратившихся (поступивших) по поводу пыток, жестокого обращения и любых иных видов насилия (далее - насилие).
2. Медициналык кароо жүргүзүлгөнгө чейин пациенттин же анын мыйзамдуу өкүлүнүн маалымдалган макулдугун (жазуу түрүндөгү) алуу керек. Жашы жете электерге/кылган ишине юридикалык жактан жөндөмсүздөргө карата зордук-зомбулук жасалгандыгына шек туулганда мыйзамдуу өкүлдөрүнүн макулдугу талап кылынбайт, маалымат түздөн-түз укук коргоо органдарына жиберилет.
   До проведения медицинского осмотра необходимо получить письменное информированное согласие пациента или законного представителя. При подозрении в совершении насилия в отношении несовершеннолетних/недееспособных информированного согласия со стороны законных представителей не требуется, информация передается напрямую в органы прокуратуры.
3. Медициналык кароо купуя жүргүзүлүүгө тийиш. Медициналык кароо жүргүзүүдө эч кандай үчүнчү жак (тергөөчүлөр, соттор, прокурорлор ж.б.) катышпоого тийиш. Үчүнчү жак, анын ичинде медициналык персоналдар, катышкан башка учурларда үлгүгө милдеттүү түрдө белгиленет.
   Медицинский осмотр должен проводиться в условиях конфиденциальности. Никакие третьи стороны (следователи, прокуроры, судьи и др.) не должны присутствовать при проведении медицинского осмотра. В иных случаях присутствие любого третьего лица, включая медицинский персонал, отмечается в форме в обязательном порядке.
4. Медициналык кызматкер зордук-зомбулук, анын ичинде сексуалдык зомбулук болгондугу, өзгөчө ага мүнөздүү физикалык, психикалык симптомдору болгон учурда ал тууралуу суроого жана аталган үлгүнү пайдаланып тиешелүү далилдерди документтештирүүгө милдеттүү.
   Медицинский работник обязан спросить о возможном насилии, в том числе сексуальном, особенно при наличии характерных физических и психических симптомов и задокументировать соответствующие доказательства, используя данную форму.
5. Зордук-зомбулук колдонулгандыгы тууралуу медициналык далилдерди бурмаласа жана/же чаташтырса мыйзам белгилеген жоопкерчиликке тартылат.
   Игнорирование, введение в заблуждение и/или фальсификация медицинских доказательств о применении насилия влекут установленную законом ответственность.
6. Болжоолдуу зордук-зомбулукка байланышкан жабыркоонун болгон же болбогондугу сүрөткө тартылып документтештирилүүгө тийиш.
   Наличие или отсутствие повреждений, связанных с предполагаемым насилием, рекомендуется документировать фотографически.
7. Зордук-зомбулук боюнча кайрылуунун бардык учурунда медициналык кызматкер төмөнкүлөргө милдеттүү:
   а) 24 сааттын ичинде белгиленген тартипте зордук-зомбулук тууралуу ички иштер органдарына/прокуратурага билдирүүгө;
   б) пациентти ички иштер органдарына/прокуратурага кайрылууга жана соттук медициналык, психиатриялык, психологиялык экспертиза, кыйноо болгон учурда –милдеттүү түрдө комплекстүү, анын ичинде, мамлекеттик эмес эксперттерден/уюмдардан экспертиза жүргүзүүгө укуктуу экендиги тууралуу маалымдоого;

в) медициналык көрсөткүчтөрү бар болгон кезде кошумча дарт аныктоочу изилдөөгө, кеңеш берүүгө жана адистештирилген дарылоо кызматын алуу үчүн тиешелүү саламаттык сактоо уюмдарына багыттоого;

Во всех случаях обращения (поступления) по поводу насилия медицинский работник обязан:

а) сообщить о насилии в органы внутренних дел/прокуратуры в установленном порядке в течение 24-х часов;

б) информировать пациента о праве на обращение с заявлением в органы внутренних дел/прокуратуры и прохождение судебной медицинской, психиатрической, психологической экспертиз, а в случае пыток - обязательной комплексной экспертизы, в том числе у негосударственных экспертов/организаций;

в) при наличии медицинских показаний направить на дополнительные исследования, консультации и специализированное лечение в соответствующие организации здравоохранения.

8. Үлгүнүн көчүрмөсү таризделген жана медицина кызматкери тарабынан кол коюлгандан кийин медициналык кызматкер пациентке же анын мыйзамдуу өкүлүнө тезинен берүүгө тийиш; жазуу түрүндөгү расмий сурамжылоонун негизинде: кыйноо учурларында – прокуратурага, зордук-зомбулуктун башка түрлөрүндө – ички иштер органдарына берилет.

Копия формы выдается медицинским работником по запросу пациенту или его законному представителю незамедлительно после оформления и подписания медицинским работником; предоставляется на основании официального письменного запроса: при пытках - прокуратуре, при других формах насилия - органам внутренних дел. Оригинал формы остается в медицинском учреждении.

I. ЖАЛПЫ МААЛЫМАТ/ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Медициналык кароо өткөрүлдү
Медицинский осмотр проведен

1. Жери (саламаттык сактоо мекеменин аты, адреси)
Место (название организации здравоохранения и адрес):
_____

2. Күнү (күнү/айы/жылы)
Дата (день/месяц/год)**:** __ /__ /____

3. Убактысы
Время: ____ч. ____мин.

4. Пациенттин аты-жөнү/Ф.И.О. пациента: _____

5. Пациенттин паспортунун/тастыктаманын номери/ Номер паспорта/удостоверения пациента:
_____

6. Жынысы: **Э** **А**
Пол: ☐ Муж. ☐ Жен.

7. Жашы:
Возраст:_____

8. Туулган жылы: (күнү, айы, жылы):
Дата рождения (день/месяц/год)**:** ____ /___ /_____

9. Медициналык кароо төмөнкүлөрдүн негизинде жүргүзүлөт/Медицинский осмотр проводится на основании:

☐ кайрылуу/обращения ☐ түшүү/поступления	☐ пландаштырылган медициналык кароо/ плановый медицинский осмотр ☐ мыйзам жоболоруна ылайык (багыттама/өтүнүч кат)*/в соответствии с положениями закона (направление/ходатайство)*

***** Пациент **эркинен ажыратылган/эркы чектелген** (Эгер Ооба болсо, керектүүсүн сызып койгула)/
Пациент **лишен свободы/ограничен в свободе** (Если Да, то подчеркнуть нужное): ☐ **Жок/Нет** ☐ **Ооба/Да**

10. Медициналык кароону демилгелеген жак тууралуу маалымат/
Сведения о лице, инициировавшем медицинский осмотр:
Расмий жактын аты-жөнү/Ф.И.О. официального лица: _____
Уюм/Организация:_____
Ээлеген кызматы/Должность:_____
Паспорттун/тастыктаманын номери/Номер паспорта/удостоверения: _____

11. Пациентти медициналык кароого коштоп келген жак тууралуу маалымат/
Сведения о лице (ах), сопровождавшем (их) пациента на медицинский осмотр:
Расмий жактын аты-жөнү/Ф.И.О. сопровождающего лица: _____
Уюм/При сопровождении официальным лицом указать организацию и должность: _____
Паспорттун/тастыктаманын номери/Номер паспорта/удостоверения: _____

12. Сурамжылоо үчүн негиздеме/Основание для запроса:

Төмөнкүлөргө даттануулар:		Жалобы на:
-Физикалык саламаттык абалы	☐Ооба/Да	- Физическое состояние
-Психологиялык саламаттык абалы	☐Ооба/Да	- Психическое состояние
-Муктаждыктарды тоотпогондук	☐Ооба/Да	- Пренебрежение нуждами
Мыйзам жоболоруна ылайык (багыттама/өтүнүч кат)	☐Ооба/Да	В соответствии с положениями закона (направление/ходатайство)
Башка (Тактоо)	☐Ооба/Да	Другое (Уточнить)

13. <u>Көңүл бургула!</u> Купуялуулук шарттары камсыздалууга тийиш/
<u>Внимание!</u> Обеспечить условия конфиденциальности.

14. Укук коргоо органдарынын кызматкерлери/башкалар медициналык кароого катышат/
Сотрудники правоохранительных органов/другие присутствуют при медицинском осмотре:
☐ **Жок/Нет** ☐**Ооба/Да**
*Эгер **«Ооба»** болсо, катышуучулар жөнүндө маалыматты таблицага киргизиниз/
Если «**Да**», внесите данные присутствовавших лиц в таблицу.

Приложение 2. Форма медицинского осмотра при обращении (поступлении) по поводу насилия, пыток и жестокого обращения

Аты-жөнү/ **Ф.И.О.**	**Кызматы/иштеген жери/пациентке жасаган мамилеси/** **Должность/место работы/отношение к пациенту**	**Паспортунун/күбөлүгүнүн номери/** **Номер паспорта/ удостоверения**	**Экспертиза жүргүзүү убагында бөлмөдөн чыгып кетүү зарылдыгы тууралуу эскертилген/** **Был предупрежден о необходимости покинуть помещение во время проведения медицинского осмотра**
1.	/		Колу/Подпись:
2.	/		Колу/Подпись:
3.	/		Колу/Подпись:

15. Котормочунун берилүүсү/ Предоставление переводчика
Котормочу зарылбы?/Переводчик необходим? ☐Жок/Нет ☐Ооба/Да
Котормочу берилдиби?/Переводчик предоставлен? ☐Жок/Нет ☐Ооба (маалыматты көрсөткүлө)/Да (укажите данные)
Котормочунун аты-жөнү/Ф.И.О. переводчика_____
Өздүгүн тактаган документинин номери/Номер документа, удостоверяющего личности_____
Котормо тили тууралуу маалымат/Сведения о языках перевода_____
Котормочунун колу/Подпись переводчика _____

16. Көңүл бургула! Пациенттин укугу жөнүндө маалымат бергиле/
Внимание! Проинформировать пациента о его правах

Укугу тууралуу маалымат: өзүн тааныштыруу, медициналык кароонун максаты жана мүнөзү менен, потенциалдуу пайдасы (сот адилеттигине, обьективдүү иликтөөгө, күнөөлүүлөрдү жазалоого, реабилитациялоого, компенсациялоого ж.б. жеткиликтүүлүк), тобокелчилик (аңдуу, кысым көрсөтүү, коркутуу ж.б.) жана купуялуулукка карата болгон бардык чектөөлөр менен пациентти тааныштыруу; укук коргоо органдарына арыз менен кайрылуу укугун жана соттук медициналык, психиатриялык, психиологиялык экспертизаларды, кыйноо болгон учурда – милдеттүү комплекстүү экспертиза, анын ичинде, мамлекеттик эмес эксперттерден/мекемелерден экспертиза жүргүзүүгө укуктуу экендигин маалымдоо;
Информирование о правах: Представиться, ознакомить пациента с целью и характером медицинского осмотра, потенциальными выгодами (доступ к правосудию, объективное расследование наказание виновных, реабилитация, компенсации и др.), рисками (преследование, давление, угрозы и др.) и любыми ограничениями на конфиденциальность; информировать о праве на обращение с заявлением в правоохранительные органы и прохождении судебной медицинской, психиатрической, психологической экспертиз, а в случае пыток - обязательной комплексной экспертизы, в том числе у негосударственных экспертов/учреждений;

Мен (Аты-жөнү), _____
медициналык кароонун максаты жана мүнөзү менен, потенциалдуу пайдасы жана тобокелчилик, купуялуулукка карата болгон бардык чектөөлөр менен, укук коргоо органдарына арыз менен кайрылуу укугу жана медициналык, психиатриялык, психиологиялык, соттук медициналык экспертиза жүргүзүүгө, анын ичинде, мамлекеттик эмес эксперттерден/мекемелерден жүргүзүүгө укуктуу экендигим тууралуу МААЛЫМДАНДЫМ.
Я (ФИО), _____ о цели и характере медицинского осмотра, потенциальных выгодах и рисках и любых ограничениях на конфиденциальность, о праве на обращение с заявлением в правоохранительные органы и прохождении судебной медицинской, психиатрической, психологической экспертиз, в том числе у негосударственных экспертов/ учреждений ИНФОРМИРОВАН.

Пациенттин колу/Подпись пациента:_____

17. Көңүл бургула! Жазуу түрүндө маалымдалган макулдугун алынууга тийиш/
Внимание! Получить письменное информированное согласие

Маалымдалган макулдашуу (Пациентке медициналык кароодон баш тартуу укугу жана медициналык кызматкерди/врачты тандоо мүмкүнчүлүгү тууралуу малымат берүү керек. Эгер пациент өз макулдугун бербесе медициналык кароо жүргүзүлбөөгө тийиш)
Информированное согласие (Сообщить пациенту о праве отказаться от изложения обстоятельств получения травмы, медицинского осмотра и возможности выбора медицинского работника/врача. Если пациент не дал свое согласие, оценить объективный статус и оказать необходимую медицинскую помощь)

Мен (Аты-жөнү)_____
медициналык кароого МАКУЛМУН/МАКУЛ ЭМЕСМИН (керектүүсүн астын сызып койгула).

Я (ФИО),_____
на проведение медицинского осмотра СОГЛАСЕН/НЕ СОГЛАСЕН (нужное подчеркнуть).

Пациенттин колу/Подпись пациента:_____

Маалымдалган макулдугу алынган жок, түшүндүргүлө/Информированное согласие не получено, поясните:
_____
_____

II. АНАМНЕЗ

Социалдык жана медициналык баяны/Социальная и медицинская история

18. Үй-бүлөлүк абалы/Семейное положение:
_____

19. Балдары (саны, жашы)/Дети (количество, возраст):
_____

20. Билими/Образование: _____

21. Диний ишеними/Вероисповедание:
_____

22. Ишмердиги/Род деятельности:
_____

23. Улуту/этникалык тобу / Национальность/этническая группа: _____

24. Керектөөсү/көз карандылыгы (эгер Ооба, керектөөнүн мүнөзүн, мөөнөтүн, мурда дарылануусу тууралуу көрсөтүлсүн)/
Употребление/зависимость (если Да, укажите давность, характер употребления, ранее проведенное лечение):
Жок (Нет)/Ооба (Да)
Чылым/Табак: _____ Жок (Нет)/Ооба (Да) Алкоголь: _____ Жок (Нет)/Ооба (Да)
Баңги заты/Наркотики: _____ Жок (Нет)/Ооба (Да) Башкалар/Другое: _____

25. Анамнезиндеги дарты/операциясы/травмалары/ Заболевания/ операции/травмы в анамнезе:
_____
_____
_____
_____
_____
_____

26. Анамнезиндеги психологиялык жана психиатриялык бузулуулары (көз карандылыктын түрлөрүн да белгилегиле) / Психологические и/или психиатрические расстройства в анамнезе:
_____
_____
_____
_____
_____

27. Азыркы учурда кабыл алып жаткан же өнөкөт ооруусуна байланыштуу дайыма ичип туруучу дарылар/
Медикаментозные средства, принимаемые в настоящее время либо постоянно в связи с наличием хронического заболевания:
_____
_____
_____

28. Эгерде пациент эркинен ажыратылган/чектелген болсо эркинен ажыроо/чектоо боюнча кырдаалдарды, алгачкы жана кийинки эркиндигинен ажыратуу/чектоо жайларын, убакытын, транспортоо шарттарын корсотуу менен жазып чыккыла/
Если пациент лишен/ограничен в свободе, то описать обстоятельства лишения/ ограничения свободы с указанием первоначального и последующих мест лишения/ограничения свободы, даты, условия транспортировки и содержания:
_____
_____
_____

_____
_____
_____
_____
_____

III. ЗОРДУК-ЗОМБУЛУК ТУУРАЛУУ АРЫЗЫ/ЗАЯВЛЕНИЕ О НАСИЛИИ

29. Төмөнкү суроолорду бергиле/Задайте следующие вопросы:

1. Сиз зордук-зомбулуктун кайсы бир түрүнө кабылдыңыз беле?/
   Подверглись ли Вы какой-либо форме насилия?

   Пациенттин жообу/ Ответ пациента:
   ☐ Жок/Нет
   ☐ Ооба (Эгер “Ооба”, ачык суроолорду бергиле жана таблицаны хронологиялык тартипте толтургула)/ Да (Если «Да», задайте открытые вопросы и заполните таблицу ниже в хронологическом порядке)

2. Сиз сексуалдык зордук-зомбулукка кабылдыңыз беле?
   Подверглись ли Вы сексуальному насилию?

   Пациенттин жообу/ Ответ пациента:
   ☐ Жок/Нет
   ☐ Ооба (Эгер “Ооба”, ачык суроолорду бергиле жана таблицаны хронологиялык тартипте толтургула)/ Да (Если «Да», задайте открытые вопросы и заполните таблицу ниже в хронологическом порядке)

30. Болжолдуу зордук-зомбулук колдонулган моменттен тартып медициналык кароо жүргүзүүгө чейин өткөрүлгөн мезгил/Время, прошедшее с момента применения предполагаемого насилия до проведения медицинского осмотра:
_____сааты (часы) _____ күнү (дни) _____ айы (месяц) _____ жылы (лет)

31. Дарт баяны (анамнез)/Травма алуу жагдайы. Пациентке төмөндө көрсөтүлгөн хронологиялык тартипте ачык суроолорду бергиле.
“Сизге карата кыйноо/зордук-зомбулук жана ырайымсыз мамиле колдонуу учурлары тууралуу айтып бериңиз. Бул окуя качан, касы жерде болду жана ким катышты? Зордук-зомбулуктун кандай ыкмалары колдонулгандыгын (кыйноонун ыкмалары тууралуу төмөнкү тиркемени караңыз) сүрөттөп бериңиз. Мында колдонулган курал же башка предметтерди колдонгондугу, колдонуу узактыгы, алынган жабыркоонун локализациясы тууралуу сүрөттөп бериңиз. Мүмкүн болушунча так сүрөттөп бериңиз жана сиз үчүн эмне ишеничсиз болуп жаткандыгын айтыңыз.” Зарыл болсо, таза кагаз кошкула.
Анамнез заболевания/Обстоятельства получения травмы Задайте пациенту открытые вопросы в хронологическом порядке, как указано ниже.
“Расскажите о случаях применения к Вам насилия, пыток и жестокого обращения. Где и когда это происходило, кто был причастен? Опишите, какие методы насилия, пыток были применены (обзор методов пыток см. в приложении). Опишите оружие или другие использовавшиеся при этом предметы, продолжительность, локализацию полученных повреждений. Пожалуйста, опишите настолько подробно, насколько Вы можете и дайте знать, если есть что-то, в чем Вы не уверены”. При необходимости добавить чистые листы.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

32. Болжолдуу зордук-зомбулуктун түрү/Вид предполагаемого насилия:

1. Кыйноо жана/же ырайымсыз мамиле (мамлекеттик кызматкерлерге)
Пытки и/или жестокое обращение (государственным служащим, официальным лицом) ☐Ооба/Да

2. Үй-бүлөлүк зордук-зомбулук
Семейное (домашнее) насилие ☐Ооба/Да

3. Балдарга (<18 жаш) карата зордук-зомбулук/ тоотпоо
Насилие/пренебрежение по отношению к детям ☐Ооба/Да

4. Кары-картаңдарга (>65 жаш) карата зордук-зомбулук/ тоотпоо
Насилие/пренебрежение по отношению к пожилым людям (>65 лет) ☐Ооба/Да

5. Инсандар аралык башка зордук-зомбулук (түшүндүргүлө)
Другое межличностное насилие (Поясните) ☐Ооба/Да

6. Башка зордук-зомбулук (түшүндүргүлө)
Другое насилие (Поясните) ☐Ооба/Да

33. Болжолдуу зордук-зомбулук, кыйноо же ырайымсыз мамиленин жасалган жери/ Место предполагаемого насилия, пыток или жестокого обращения:

1. Үйдө (дареги)/Дома (адрес): _____ ☐Ооба/Да

2. Билим берүү мекемелеринде(аталышы)/В учреждениях образования(наименование): ☐Ооба/Да
_____

3. Ички иштер органдарында(аталышы)/В органах внутренних дел(наименование): ☐Ооба/Да
_____

4. Социалдык өнүгүү мекемелеринде(аталышы)/В учреждениях социального развития(наименование): ☐Ооба/Да
_____

5. Саламаттыкты сактоо уюмдарында(аталышы)/В организациях здравоохранения(наименование): ☐Ооба/Да
_____

6. Жаза аткаруу мекемелеринде(аталышы)/В учреждениях исполнения наказания(наименование): ☐Ооба/Да
_____

7. Кыргыз Республикасынын куралдуу күчтөрүндө(аталышы)/В Вооруженных силах КР (наименование)_____ ☐Ооба/Да

8. Улуттук коопсуздук мекемелеринде(аталышы)/В учреждениях национальной безопасности (наименование)_____ ☐Ооба/Да

9. Банги заттарды контролдоо мекемелеринде(аталышы)/В учреждениях по контролю наркотиков (наименование)_____ ☐Ооба/Да

10. Жеке менчиктүү үйлөрдө (жетим балдарды тарбиялоочу мекемелерде)/В частных домах (приютах) _____ ☐Ооба/Да

11. Диний билим берүү мекемелеринде(аталышы)/В религиозных учебных заведениях (наименование)_____ ☐Ооба/Да

12. Коомдук жайда (түшүндүргүлө)/В общественном месте (поясните): ☐Ооба/Да
_____

13. Башкалар (түшүндүргүлө)/Другие (поясните): _____ ☐Ооба/Да
_____

34. Болжолдуу зордук-зомбулук(-тар)/травма алуунун жагдайы жана укук бузуучулар тууралуу кыскача маалымат/Краткая информация о предполагаемом насилии (-ях)/обстоятельствах получения травмы и правонарушителях:

Күнү (күнү/айы/жылы) **Дата** (дата/месяц/год)	**Жери** **Место**	**Болжолдуу зордук-зомбулук** **Предполагаемое насилие**	**Болжолдуу укук бузуучу (-лар)** (аты-жөнү, иштеген жери, ээлеген кызматы, болжолдуу зордук-зомбулукка дуушар болгон адамга карата мамилеси) **Предполагаемый правонарушитель (и)** (имя, должность, место работы, отношение к предполагаемой жертве насилия)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

IV. БОЛЖОЛДУУ ЗОРДУК-ЗОМБУЛУКТУН ТААСИРИ АСТЫНДАГЫ ФИЗИКАЛЫК СИМПТОМДОР/ ФИЗИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К ПРЕДПОЛАГАЕМОМУ НАСИЛИЮ

35. Физикалык симптомдору жана/же болжолдуу зордук-зомбулуктун таасири астында келип чыккан эмгекке жарамсыздык (пациенттин айтуусу боюнча симптомдордун өнөкөт жана катуу өөрчүүсүн, түрүн, локализациясын, интенсивдүүлүгүн, узактыгын, ошондой эле, сакайуу процессин сүрөттөгүлө).

Физические симптомы и/или возникшая нетрудоспособность, относящиеся к предполагаемому насилию (со слов пациента опишите развитие острых и хронических симптомов и нетрудоспособности, вид, локализацию, интенсивность, продолжительность, а также последующие процессы заживления в динамике).

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

36. Негизги даттануусу/Основные жалобы в момент осмотра: ☐ **Жок/Нет** ☐ **Бар (көрсөткүлө)/Есть (укажите)**

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

37. ОБЪЕКТИВДҮҮ СТАТУСУ/ОБЪЕКТИВНЫЙ СТАТУС

1. Жалпы абалын баалоо/Оценка общего состояния:

_____
_____
_____
_____
_____

2. Тери кыртышы/Кожные покровы:

_____
_____
_____

3. Бети, башы/Лицо, голова:

_____
_____
_____
_____

4. Көзү, кулагы, мурду, тамагы/Глаза, уши, нос, горло:

_____
_____
_____

5. Ооз көңдөйү, тиштери/Ротовая полость, зубы:

_____
_____
_____

6. Көкүрөгү, ичи (жашоого маанилүү функцияларын камтуу менен: ЧСС, ЧД, АД)/Грудь, живот (включая жизненно-важные функции: ЧСС,ЧД, АД): _____
_____
_____

7. Заар-жыныс системасы/ Мочеполовая система:

_____
_____
_____

8. Сөөк-булчуң системасы/Костно-мышечная система:

_____
_____
_____

9. Нерв системасы (психикалык абалын текшерүү менен кошо)/Нервная система (включая оценку психического состояния):

_____
_____
_____
_____

38. Локалдык өзгөрүүлөр (STATUS LOCALIS). Денесинен табылган бардык жабыркоолорду так сүрөттөө милдеттүү болуп саналат. Жабыркоолорду сүрөттөөдө алардын морфологиялык мүнөздөмөлөрүн жалпы түзүлүшү же диагноздору (мисалы, жумшак ткандардын сыйрылуусу, кирүү/чыгуу тешиктери, кесилген жарат ж.б.) менен алмаштырууга жол берилбейт. Жабыркоолор милдеттүү түрдө аларды сүрөттөөнүн стандарттык схемасын сактоо менен белгиленет.

Локальные изменения (STATUS LOCALIS). Является обязательным подробное описание всех повреждений, обнаруженных на теле. При описании повреждений не допускается замена их морфологических характеристик общими выражениями или диагнозами (например, ушибы мягких тканей, входное/выходное отверстие, резаная рана и т.д.). Повреждения фиксируются, обязательно соблюдая стандартную схему их описания.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____
_____
_____
_____
_____

V. БОЛЖОЛДУУ ЗОРДУК-ЗОМБУЛУКТУН ТААСИРИ АСТЫНДАГЫ ПСИХИКАЛЫК СИМПТОМДОР/ ПСИХИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К ПРЕДПОЛАГАЕМОМУ НАСИЛИЮ

39. Психикалык абалын текшерүү (Туура келген пункттарын тандагыла жана белгилегиле же керектүүсүнүн астын сызгыла. Зарыл учурда “Башка симптомдор пунктуна” өз толуктоолоруңарды киргизгиле. Психикалык симптомдорду аныктоо пациенттин абалына жана жүрүм-турумуна байкоо жүргүзүү жолу менен, ошондой эле, суроо берүү учурунда сөзүндө билинген даттанууларды аныктоо жолу менен жүргүзүлөт).
Обследование психического состояния (Выберите и отметьте галочкой подходящие пункты или подчеркните нужное. В случае необходимости внесите собственные дополнения в пункты «Другие симптомы». Выявление психических симптомов производится путем наблюдения за поведением и состоянием пациента, а также путем выявления словесно выражаемых жалоб в ходе расспроса**)**

Аң-сезими/Сознание

☐ **1.1.** Аң-сезими ачык, бузулбаган/Сознание ясное, не нарушено

☐ **1.2.** Аң-сезими бузулган (убакытты/жагдайды/жеке өздүгүн так ажырата албоо)/
Сознание нарушено (дезориентировка во времени/обстановке/собственной личности)

☐ **1.3.** Башка симптомдор же толуктоолор/түшүндүрмөлөр/Другие симптомы или дополнения/разъяснения

2. Жүрүм-туруму/Поведение

☐ **2.1.** Текшерүү кырдаалында чеги менен активдүү, адекваттуу болуу/В меру активное, адекватное ситуации обследования

☐ **2.2.** Пассивдүүлүк, токтоп калуу, жүрүм-турумунун бир түрдүүлүгү, селейип катып калуу/Пассивность, заторможенность, однообразие в поведении, оцепенение

☐ **2.3.** Психикалык травма менен ассоциацияланган кырдаалдан качуу/Избегание ситуаций, ассоциирующихся с психической травмой

☐ **2.4.** Мурдагы ишмердигине кызыкчылыгынын жоголуусу/Утрата интереса к прежде приятной деятельности

☐ **2.5.** Катуу чарчоо/Повышенная утомляемость

☐ **2.6.** Жогорку жумшактык, тил алчаактык, аткаруучулук/Повышенная покладистость, послушность, исполнительность

☐ **2.7.** Түнттүк, жоопторунда тайсалдоо, шектенүүчүлүк, ишенбөөчүлүк/ Скрытность, уклончивость в ответах, подозрительность, недоверчивость

☐ **2.8.** Зордук-зомбулуктан кийинки мезгилде алкоголдук ичимдиктер тууралуу билдирүү/Сообщения о злоупотреблении алкоголем в период после насилия

☐ **2.9.** Гиперактивдүүлүк, козголгондук, өзүн токтото албоочулук/Гиперактивность, возбужденность, расторможенность

☐ **2.10.** Башка симптомдор же толуктоолор/түшүндүрмөлөр/Другие симптомы или дополнения/разъяснения

3. Маанайы жана эмоциясы/Настроение и эмоции

☐ **3.1.** Өзгөчөлөнбөйт/Без особенностей

☐ **3.2.** Маанайынын чөгүңкү абалы, бет жүзүнүн депрессиялык абалы/ Сниженный фон настроения, депрессивное выражение лица

☐ **3.3.** Эмоционалдык басынуучулук, бир түрдүүлүк/ эмоциясынын мококтугу/ Эмоциональная подавленность, однообразие/притупленность эмоций

☐ **3.4.** Эмоционалдык чыңалуусу, «өзгөчө көтөрүлүү», ажитация/Эмоциональная напряженность, «взвинченность», ажитация

☐ **3.5.** Айласыздык же алсыздык сезими/Чувство отчаяния или беспомощности

☐ **3.6.** Ый, көз жаш, улутунуу/Плач, слезы, горестные вздохи

☐ **3.7.** Сөз түрүндө айтылган бардык коркунучтар/Страхи любого характера, высказываемые в словесной форме

☐ **3.8.** Сөз түрүндө айтылган туталануучулук/ызакордук/Раздражительность/гневливость, выражаемые в словесной форме

☐ **3.9.** Жогорку деңгээлдеги коркуу, корккону бетинен билинүү/Повышенная пугливость, выражение испуга на лице

☐ **3.10.** Оң эмоцияларга жөндөмдүүлүгүн жоготуу тууралуу билдирүү/Сообщения об утрате способности к положительным эмоциям

☐ **3.11.** Добуштарды, ызы-чууну көтөрө албастыгын билдирүү/Сообщения о непереносимости шума, звуков

☐ **3.12.** Башка симптомдору же толуктоолор/түшүндүрүүлөр/Другие симптомы или дополнения/разъяснения

4. Ой жүгүртүүсү, эске тутуусу, сүйлөө сөзү/Мышление, память, речь

☐ **4.1.** Өзгөчөлөнбөйт/Без особенностей

☐ **4.2.** Ой-жүгүртүүсү жана сүйлөөсү жай темпте/Замедленность темпа мышления и речи

☐ **4.3.** Тынчын алган кайталанма эске түшүүлөр тууралуу билдирүү/ Сообщения о повторяющихся наплывах тревожных воспоминаний

☐ **4.4.** Окуяларды, күндү, адамдын атын, даректерди ж.б. кыйынчылык менен эске түшүрүү/Трудности воспоминания событий, дат, имен, адресов и т.п.

☐ **4.5.** Көп сүйлөө жана жагымсыз кабатырлануулар тууралуу “кекечтенүү”/ Многословность и «застревания» в рассказе о неприятных переживаниях

☐ **4.6.** Өлүм, өзүн-өзү өлтүрүү тууралуу ойлору/Мысли о смерти, самоубийстве

☐ **4.7.** Өзүн-өзү баалоонун төмөндүгү, өзүнө ишенүүчүлүктүн жоголуусу/ Снижение самооценки, потеря уверенности в себе

☐ **4.8.** Кайсы бир мүнөздөгү эске тутуусунун бузулуусу тууралуу маалымат/ Сообщения о нарушениях памяти любого характера

☐ **4.9.** Көңүл буруусун узак убакытта концентрациялоо/Сообщения о нарушениях длительной концентрации внимания

☐ **4.10.** Түшүнүүсүнүн кыйынчылыгы тууралуу маалымат/Сообщения о затруднениях понимания

☐ **4.11.** Тешерүүгө жана врачтарга ишенбөөчүлүк билдирүү/Выражение недоверия к врачам и обследованию

☐ **4.12.** Башка симптомдору же толуктоолор/түшүндүрүүлөр/Другие симптомы или дополнения/разъяснения

5. Соматовегетативдүү бузулуулар (бейтаптын даттануусу боюнча аныкталат)
Соматовегетативные расстройства (выявляются по жалобам больного)

☐ **5.1.** Жүрөгүнүн бат-бат же катуу согуусу, жүрөк тарабынын жагымсыз сезимдери/Учащенное или усиленное сердцебиение, неприятные ощущения в области сердца

☐ **5.2.** Жогорку терчилдик, оозу кургоо, ысып кетүү же чыйрыгуу/Повышенная потливость, приливы жара или озноб, сухость во рту

☐ **5.3.** Колдору/буттары/денеси калтыроо же булчуңдарынын ооруусу/Дрожь в руках/ногах/в теле или мышечные боли

☐ **5.4.** Булчуңдарынын чыңалуусу, өзүн бош кармай албоо/Мышечное напряжение, неспособность расслабиться

☐ **5.5.** Мууну же тамагына бир нерсе туруп калуу сезими, дем алуусунун кыйындоосу/Чувство удушья или комка в горле, затрудненное дыхание

☐ **5.6.** Ыңгайсыздык жана көкүрөк клеткаларынын ооруусу, “көкүрөгү кысылуу”/Ощущение дискомфорта или боли в грудной клетке, «тяжесть в груди»

☐ **5.7.** Башы айлануу, баш ооруу/Головокружение, головные боли

☐ **5.8.** Алсыздык, көөнү айлануу сезимдери/Чувство слабости, дурноты

☐ **5.9.** Сенейип калуу/сайгылашуу сезими/Ощущение онемения/покалывания

☐ **5.10.** Күтүлбөгөн аракеттер, добуштар, ызы-чуулар болгон учурда калтыроо реакциясы/Реакции вздрагивания при неожиданных действиях, звуках, шумах

☐ **5.11.** Кайсы бир мүнөздөгү уйку качуу, жагымсыз түштөрдү көрүү/Нарушения сна любого характера, сновидения неприятного содержания

☐ **5.12.** Табитинин начарлоосу/Нарушения аппетита любого характера

☐ **5.13.** Ичинде, аш казанында ыңгайсыздык сезимдери, көөнү айлануу/Чувство дискомфорта в животе, желудке, тошнота

☐ **5.14.** Алкоголдук ичимдиктерге толеранттуулуктун төмөндөөсү/Снижение толерантности к алкоголю

☐ **5.15.** Чөйрөсүнүн реалдуу эместиги, өзгөрүлмөлүүлүгү сезими (“бүдөмүк”)/Ощущение нереальности, измененности окружающего («как в тумане»)

☐ **5.16.** Жеке “Менинин” өзгөрүлмөлүүлүгү (“бул менде болбогондой”)/ Ощущение измененности собственного «Я» («будто это происходит не со мной»)

☐ **5.17.** Башка симптомдору же толуктоолор/түшүндүрүүлөр/Другие симптомы или дополнения/разъяснения

6. Башка бузулуулар (жогорку пункттарда чагылдырылбаган симптомдор медициналык кызматкер тарабынан сүрөттөлөт)
Другие расстройства (описываются другие выявленные медицинским работником симптомы, не отраженные в вышеприведенных пунктах)

VI. КОШУМЧА МЕДИЦИНАЛЫК МААЛЫМАТТАР (ДОКУМЕНТТЕР)/ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ СВЕДЕНИЯ (ДОКУМЕНТЫ)

40. Медициналык карталар, медициналык корутундусу, көчүрмө, медициналык кароо учурунда сунушталган клиникалык-лабораториялык изилдөө маалыматтары/Медицинские карты, медицинские заключения, выписки, данные клинико-лабораторных исследований, предоставленные во время медицинского осмотра:

☐ Жок/Нет ☐ Бар (көрсөткүлө)/Есть (укажите)

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Зарыл учурда таза барак кошуу керек/При необходимости добавить чистые листы.

VII. АЛДЫН АЛА КОЮЛГАН ДИАГНОЗ ЖАНА ДАРЫЛОО ПЛАНЫ/ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

41. Алдын ала коюлган диагноз/Предварительный диагноз

1.
2.
3.
4.
5.

42. Дарылоо планы (диагностикалык текшерүү жана/же багытын камтуу менен)
План лечения (включая диагностические обследования и / или направления)

1.
2.
3.
4.
5.

VIII. МЕДИЦИНАЛЫК КАРООДОГУ ЧЕКТӨӨЛӨР/ ОГРАНИЧЕНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА

43. Медициналык кароодо төмөнкү чектөөлөрдүн бирин белгилегиле:	**Отметьте любые из следующих ограничений при медицинском осмотре:**	
Пациенттин аракети чектелген (Мисалы: кол кишен, мас болуу (түрү), иммобилизация, ж.б._____) (астын сызып койгула):	☐ Ооба/Да	Действия пациента ограничены (например: наручники, опьянение (вид), иммобилизация и др._____) (подчеркните/укажите)
Кароого убакыт жетишсиз	☐ Ооба/Да	Недостаточное время для осмотра
Конфиденциалдуулуктун жоктугу	☐ Ооба/Да	Отсутствие конфиденциальности
Котормочунун жоктугу	☐ Ооба/Да	Отсутствие переводчика
Башкалар (түшүндүргүлө)	☐ Ооба/Да	Другие (поясните)

Эгер пациент зордук-зомбулук жана аны келтирүү ыкмалары тууралуу билдирсе, төмөнкү пункттар толтурулат
Нижеследующие пункты заполняются, если пациент заявил о насилии и методах его нанесения

IX. ПАЦИЕНТ БИЛДИРГЕН ЗОРДУК-ЗОМБУЛУКТУ БААЛОО/ ОЦЕНКА НАСИЛИЯ, О КОТОРОМ ЗАЯВИЛ ПАЦИЕНТ

44. Бардык текшерүүлөр төмөнкүлөрдү камтууга тийиш:
1) травма алуунун болжолдуу ыкмалары менен абалын текшерүүнүн (симптомдорунун) ар бир жыйынтыгынын ортосунда дал келүү даражасы;
2) зордук-зомбулук тууралуу билдирме менен далилдөөнүн башка булактарынын ортосундагы дал келүү даражасы тууралуу корутунду.

Приложение 2. Форма медицинского осмотра при обращении (поступлении) по поводу насилия, пыток и жестокого обращения

Все обследования должны включать:
1) степень соответствия между каждым результатом (симптомом) обследования физического состояния и предполагаемым способом нанесения травмы;
2) заключение о степени соответствия между всеми источниками доказательств и заявлениями о насилии.
Эгер пациент зордук-зомбулук тууралуу билдирсе, жабырландыруунун болжолдуу тиби менен ар бир текшерүү жыйынтыгынын ортосундагы дал келүү даражасын көрсөткүлө.
Если пациент заявил о насилии, укажите степень соответствия между каждым результатом обследования и предполагаемым типом нанесения повреждения.

* Эскертүү. Стамбул протоколунда белгиленген классификацияга ылайык, физикалык абалын текшерүү жыйынтыктары: Физикалык абалын текшерүү жыйынтыктары Стамбул протоколунда белгиленген классификацияга ылайык көрсөтүлөт
* Примечание. Результаты обследования физического состояния интерпретируются в соответствии с классификацией, установленной в Стамбульском протоколе:

- **Дал келбейт**: *жабыркоо сүрөттөлгөн травмадан келип чыгуусу мүмкүн эмес;*
  Не соответствует: *повреждение не могло быть вызвано описанной травмой;*
- **Дал келет***: жабыркоо сүрөттөлгөн травмадан келип чыгуусу мүмкүн, бирок, ал конкреттүү эмес жана көптөгөн башка себептери бар;*
  Соответствует: *повреждение могло быть вызвано описанной травмой, но оно не конкретное и есть много других возможных причин;*
- **Жогорку даражада дал келет**: *жабыркоо сүрөттөлгөн травмадан келип чыгуусу мүмкүн жана бир нече башка себептери бар*;
  Высоко соответствует: *повреждение могло быть вызвано описанной травмой, и есть несколько других возможных причин;*
- **Аныкталды**: *бул жабыркоо сүрөттөлгөндөн башка ыкма менен чакырылуусу мүмүкүн эмес;*
  Практически диагностировано: *это повреждение не могло быть вызвано любым способом, кроме того, что описано;*

Физикалык абалын текшерүүнүн жыйынтыгы/ Результаты обследования физического состояния	**Жабырландырууну келтирүү методу тууралуу пациенттин билдирмеси/** Метод нанесения повреждения, о которых заявил пациент	***Дал келүү даражасы (бирөөнү белгилегиле)/** Степень соответствия (обведите один)	**Сүрөт №** № фотографии
1.		Дал келбейт/ дал келет/ жогорку деңгээлде дал келет/ аныкталды Не соответствует/ Соответствует/ Высоко соответствует/ Практически диагностировано	☐Ооба Да №____ ☐ Жок Нет
2.		Дал келбейт/ дал келет/ жогорку деңгээлде дал келет/ аныкталды Не соответствует/ Соответствует/ Высоко соответствует/ Практически диагностировано	☐Ооба Да №____ ☐ Жок Нет
3.		Дал келбейт/ дал келет/ жогорку деңгээлде дал келет/ аныкталды Не соответствует/ Соответствует/ Высоко соответствует/ Практически диагностировано	☐Ооба Да №____ ☐ Жок Нет
4.		Дал келбейт/ дал келет/ жогорку деңгээлде дал келет/ аныкталды Не соответствует/ Соответствует/ Высоко соответствует/ Практически диагностировано	☐Ооба Да №____ ☐ Жок Нет

45. Корутунду: (бардык далил булактарынын ортосундагы дал келүүчүлүк тууралуу медицина кызматкеринин пикири (физикалык абалын текшерүү жыйынтыктары, дарт баяны, сүрөтү, анализдеринин жыйынтыктары, зордук-зомбулук, кыйноо жана ырайымсыз мамиленин колдонуунун аймактык практикасы тууралуу билүү, отчеттор, кеңеш берүүлөр ж.б.).
Выводы: (Мнение медицинского работника о соответствии между всеми источниками доказательств (результаты обследования физического состояния, история болезни, фотографии, результаты анализов, знание о региональной практике применения насилия, пыток и жестокого обращения, отчеты консультаций и др.) и заявлениями лица о насилии.

1. **Пациенттин эмгекке жараксыздыгынын келип чыгуусу жана өнөкөт жана курч симптомдор ал билдирген зордук-зомбулукка дал келет/Острые и хронические симптомы и возникшая нетрудоспособность пациента согласуются с насилием, о котором он заявил** ☐ **Ооба/Да** ☐ **Жок/Нет**

2. **Пациенттин травмасынын сакайуусун сүрөттөө болжолдуу зордук-зомбулуктун түрүнөн келип чыгуусу мүмкүн экендиги менен дал келет/Описание заживления травм у пациента согласуется с тем, что можно ожидать от предполагаемого вида насилия** ☐ **Ооба/Да** ☐ **Жок/Нет**

Медициналык кароонун жыйынтыгынын негизинде, менин квалификациямдан, тажрыйбамдан, билимимден улам, пациенттин зордук-зомбулук тууралуу арызы (бир пунктту сызгыла)/На основании результатов медицинского осмотра, исходя из моей квалификации, знаниях и опыте, полагаю, что заявление пациента о насилии (подчеркнуть один пункт):

Дал келбейт	**Дал келет**	**Жогорку даражада дал келет**	**Аныкталды**
Не соответствует	**Соответствует**	**Высоко соответствует**	**Практически диагностировано**

Физикалык текшерүү жыйынтыктарынын жана корутундулардын кошумча түшүндүрмөсү (иргеп)/
Дополнительное разъяснение результатов обследования физического состояния и выводы (выборочно):
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

46. Дарт аныктоочу текшерүүнүн зарылдыгы/ Необходимо диагностическое обследование: ☐ Ооба/Да ☐ Жок/Нет

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

47. Кошумча консультациянын зарылдыгы/ Необходимы дополнительные консультации: ☐ Ооба/Да ☐ Жок/Нет

Травматолог ☐
Психолог/Психиатр ☐
Гинеколог/Уролог ☐
Башка (көрсөткүлө)/Другое (укажите) _____
_____ ☐

48. Госпиталга жаткыруунун зарылдыгы/Госпитализация необходима: ☐ Ооба/Да ☐ Жок/Нет

Приложение 2. Форма медицинского осмотра при обращении (поступлении) по поводу насилия, пыток и жестокого обращения

X. МЕДИЦИНА КЫЗМАТКЕРИНИН КҮБӨЛӨНДҮРМӨСҮ/СВИДЕТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

49. Мен, ушул үлгүдө баяндалган маалыматтын өз билимимдин жана көндүмдөрүмдүн чегинде анык жана толук деп эсептейм/Я свидетельствую, что информация, изложенная в настоящей форме, является достоверной и полной в меру моих знаний и убеждений.

_____	_____
Медициналык кароону жүргүзгөн медицина кызматкеринин кызмат орду жана колу *Должность и подпись медицинского работника, проводившего медосмотр*	*Медицина кызматкеринин аты-жөнү басма тамгалар менен* *ФИО медицинского работника печатными буквами*
_____	_____
Күнү (кун, ай, жыл) *Дата (день, месяц, год)*	*Медициналык кароону бүтүргөн убакты (саат, мүн.)* *Время окончания медицинского осмотра (ч., мин.)*

50. Медициналык кароого катышкан башка медицина кызматкерлеринин/косультанттардын колу (аты-жөнү, адистиги, колу)/Подписи других медицинских работников/консультантов, присутствовавших на медицинском осмотре (ФИО, специальность, подпись)

1. _____
2. _____
3. _____

_____	_____	_____
51. *Жетекчинин колу* *Подпись руководителя*	*Жетекчинин аты-жөнү* *ФИО руководителя*	*Күнү* *Дата*

Саламаттык сактоо уюмунун мөөрү *Печать организации здравоохранения*

Үлгүнүн КӨЧҮРМӨСҮ берилди:
КОПИЯ Формы выдана:

52. *Пациентке/мыйзамдуу өкүлүнө/Пациенту/Законному представителю*

_____	_____	_____
Пациенттин/мыйзамдуу өкүлүнүн аты-жөнү *Ф.И.О. пациента/законного представителя*	*Үлгүнүн көчүрмөсүн алган жактын колу* *Подпись лица, получившего копию Формы*	*Күнү* *Дата*

53. *Ыйгарым укуктуу органга (мекеменин аталышы)/Уполномоченному органу (наименование учреждения)*

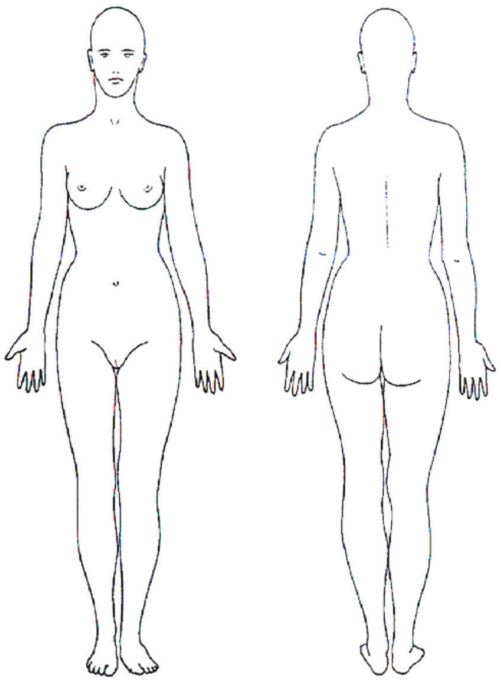
_____

_____	_____	_____
Аты-жөнү, кызматы, күбөлүгүнүн номери *Ф.И.О. должность, номер удостоверения*	*Үлгүнүн көчүрмөсүн алган жактын колу* *Подпись лица, получившего копию Формы*	*Күнү* *Дата*

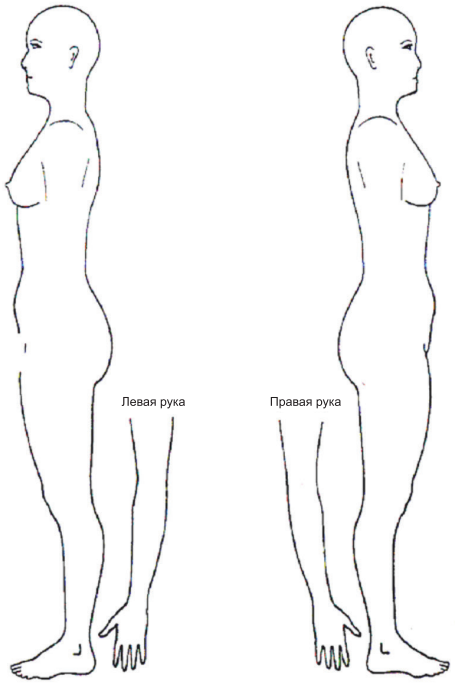
Анатомиялык диаграммалардын тиркемеси/ Приложение. Анатомические диаграммы

Приложение III
Анатомические иллюстрации для документирования пыток и жестокого обращения

ОБЩИЙ ВИД ТЕЛА ЖЕНЩИНЫ СПЕРЕДИ И СЗАДИ



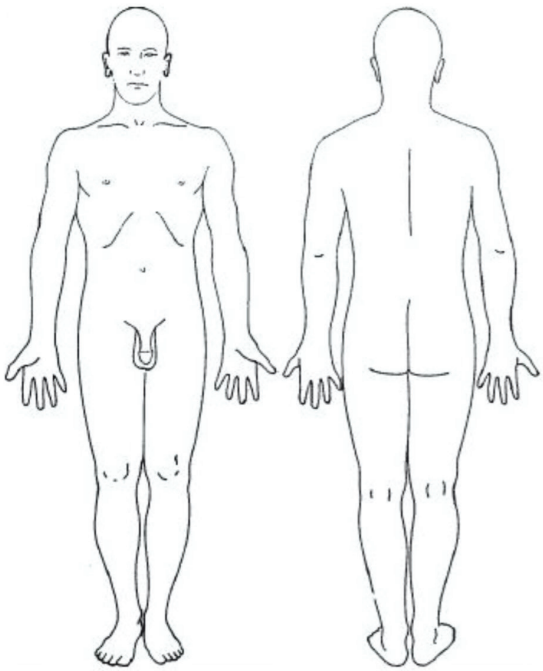
ОБЩИЙ ВИД ТЕЛА ЖЕНЩИНЫ СБОКУ



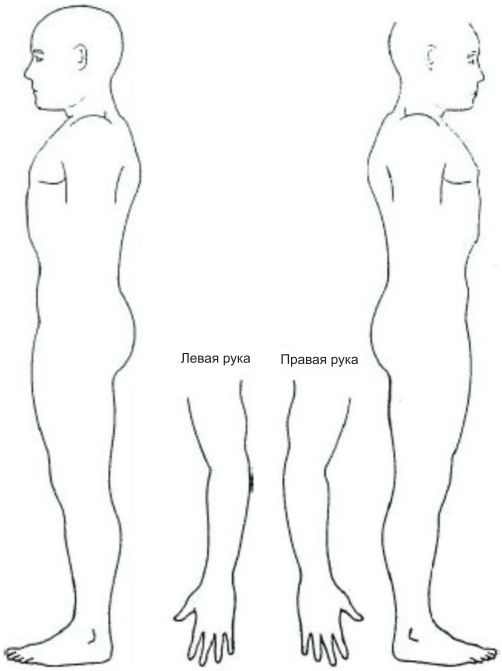
Фамилия _____ История болезни № _____
Дата_____

Фамилия _____ История болезни № _____
Дата_____

ОБЩИЙ ВИД ТЕЛА МУЖЧИНЫ СПЕРЕДИ И СЗАДИ (ВЕНТРАЛЬНЫЙ И ДОРСАЛЬНЫЙ)



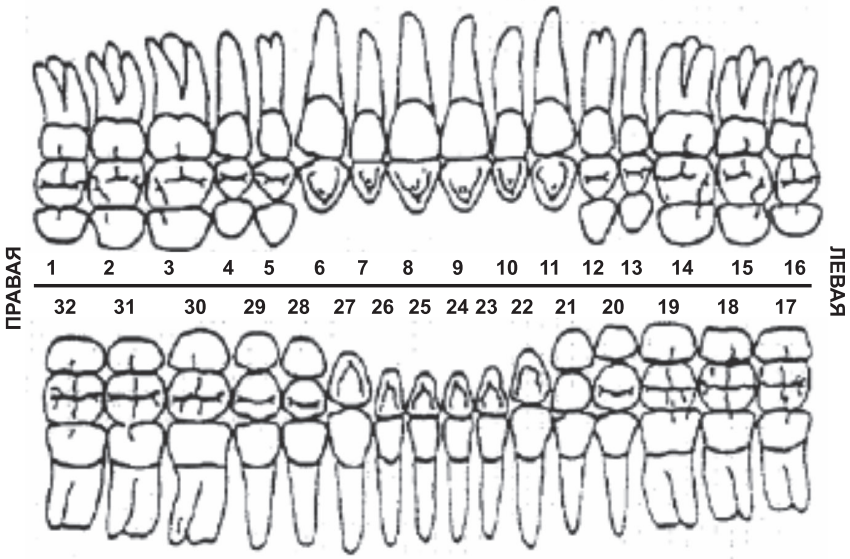
ОБЩИЙ ВИД ТЕЛА МУЖЧИНЫ СБОКУ



Фамилия _____ История болезни № _____
Дата_____

Фамилия _____ История болезни № _____
Дата_____

ОТМЕТЬТЕ НА ЭТОЙ СХЕМЕ ВСЕ ИМЕЮЩИЕСЯ ПЛОМБЫ И ОТСУТСТВУЮЩИЕ ЗУБЫ



Полное описание всех зубных протезов и несъемных мостов_____

_____

_____

_____

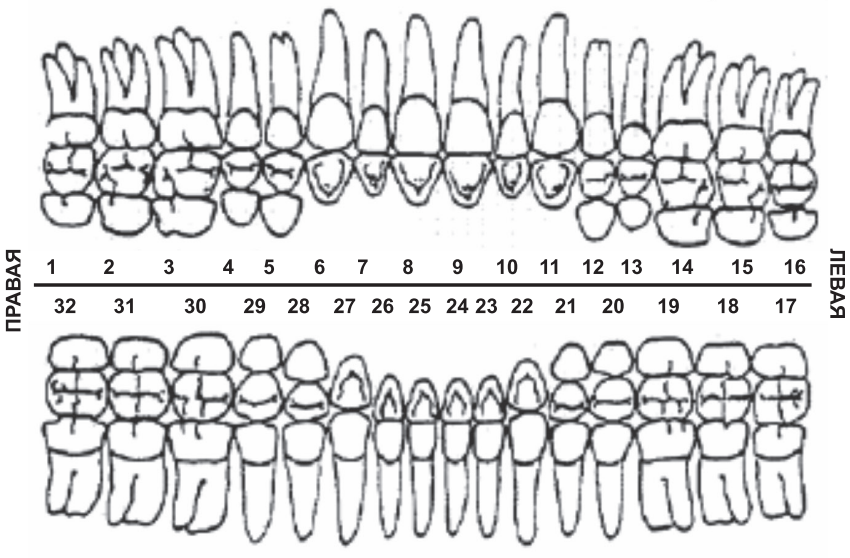
_____

_____

_____

ОТМЕТЬТЕ НА ЭТОЙ СХЕМЕ ВСЕ СЛУЧАИ КАРИЕСА

Обведите все случаи кариеса и зачеркните (X) все отсутствующие зубы



Приблизительный

Возраст_____

Пол _____

Расовая принадлежность_____

Обведите кружком характеристику имеющихся зубных протезов

Верхняя челюсть

- **Полносъемный**
- **Частично съемный**
- **Несъемный мостовидный**

Нижняя челюсть

- **Полносъемный**
- **Частично съемный**
- **Несъемный мостовидный**

Зубной налет

- **Незначительный**
- **Средний**
- **Крайней степени**

Обведите кружком характеристику

Прикус

- **Нормальный**
- **Ортогнатия**
- **Прогнатия**

Состояние периодонта

- **Отличное**
- **Среднее**
- **Неудовлетворительное**

Зубной камень

- **Незначительный**
- **Средний**
- **Крайней степени**

Приложение 3. Инструкция о порядке заполнения Формы медицинского осмотра при обращении (поступлении) по поводу насилия, пыток и жестокого обращения

Настоящая Инструкция разработана в соответствии с Практическим руководством для медицинских работников всех уровней здравоохранения и других ведомств Кыргызской Республики «Эффективное расследование и документирование насилия, пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания» и устанавливает порядок заполнения Формы медицинского осмотра при обращении (поступлении) по поводу насилия, пыток и жестокого обращения (далее – Форма) с целью правильного и полного документирования факта насилия, пыток и жестокого обращения, сбора и анализа официальных статистических данных по случаям насилия, пыток и жестокого обращения.

1. Общие положения

1.1. Форма заполняется медицинским работником организации здравоохранения при проведении медицинского осмотра пациентов:

1) обратившихся (поступивших) с жалобами на применение насилия, пыток и жестокого обращения;

2) помещаемых в установленном законом порядке в места лишения и ограничения свободы, их переводе в другое место лишения и ограничения свободы;

3) которым причинен вред здоровью во время нахождения в местах лишения и ограничения свободы, в распоряжении правоохранительных органов или участия в событиях, сопровождающихся вмешательством сотрудников правоохранительных органов;

В случае если пациент не заявил о насильственном характере вреда здоровью, медицинский работник организации здравоохранения на основе познаний этиологии и патогенеза телесных повреждений и состояний дает оценку тому, насколько объяснения лица соответствуют механизму возникновения вреда здоровью, после чего на основании внутреннего убеждения принимает решение о том, имеются ли достаточные основания полагать, что вред здоровью причинен в результате насилия и возникает ли обязанность провести медицинский осмотр с заполнением Формы.

1.2. Настоящая Инструкция обязательна для исполнения медицинскими работниками организаций здравоохранения независимо от ведомственной принадлежности и формы собственности, сотрудниками органов прокуратуры и органов внутренних дел Кыргызской Республики.

1.3. Основные понятия и определения, применяемые в настоящей Инструкции:

1) жестокое, бесчеловечное или унижающее достоинство обращение и наказание (жестокое обращение) – обращение и наказание, которые унижают лицо как личность или вызывают у него чувство страха, неполноценности, которое может сломить нравственное или физическое сопротивление этого

лица и вызывает при этом достаточно сильное физическое или нравственное страдание, когда такие акты совершаются должностным лицом или иным лицом, выступающим в официальном качестве, или по их подстрекательству, или с их ведома или молчаливого согласия;

2) медицинские работники – лица, занимающие в установленном законодательством Кыргызской Республики порядке должности врачей, среднего медицинского и младшего медицинского персонала;
3) медицинский осмотр – форма лечебно-профилактической помощи, заключающаяся в активном обследовании с целью определения состояния здоровья и раннего выявления заболеваний;
4) насилие – преднамеренное применение физической силы или власти, действительное или в виде угрозы, направленное против себя, против иного лица, группы лиц или общины, результатом которого являются (либо имеется высокая степень вероятности этого) телесные повреждения, смерть, психологическая травма, отклонения в развитии или различного рода ущерб. Данное определение включает все виды насилия, в том числе насилие в семье (семейное, домашнее) насилие, сексуальное насилие, насилие над детьми, насилие в школе, насилие над пожилыми людьми, насилие на улице, на рабочем месте и др.;
5) пациент – лицо, которому оказывается медико-санитарная помощь в организациях здравоохранения либо у частнопрактикующих медицинских работников с оформлением соответствующей медицинской документации;
6) пытка – любое действие, которым какому-либо лицу умышленно причиняется сильная боль или страдание, физическое или нравственное, чтобы получить от него или от третьего лица сведения или признания, наказать его за действие, которое совершило оно или третье лицо или в совершении которого оно подозревается, а также запугать или принудить его или третье лицо, или по любой причине, основанной на дискриминации любого характера, когда такая боль или страдание причиняются должностным лицом или иным лицом, выступающим в официальном качестве, или по их подстрекательству, или с их ведома или молчаливого согласия. В это определение не включаются боль или страдания, которые возникают лишь в результате законных санкций, неотделимы от этих санкций или вызываются ими случайно.

2. Порядок заполнения Формы

Форму медицинского осмотра при обращении по поводу насилия, пыток и жестокого обращения (далее – Форма) следует использовать медицинским работникам, не выступающим в качестве судебных экспертов, при проведении медицинского осмотра пациентов, обратившихся (поступивших) по поводу пыток, жестокого обращения и любых иных видов насилия.

2.1. Результаты медицинского осмотра и проведенных во время медицинского осмотра исследований вносятся медицинским работником в Форму установленного образца.

2.2. Форма оформляется проводившим медицинский осмотр медицинским работником на государственном или официальном языке в трех экземплярах на самокопирующихся бланках.

2.3. Форма оформляется путем внесения данных в соответствующие графы синей или фиолетовой пастой, разборчивым почерком, без сокращений либо отметкой в окошке метки. Заполнению подлежат все пункты Формы.

2.4. В случаях присутствия любого третьего лица, включая мед.персонал, в обязательном порядке делается отметка в соответствующей графе Формы.

2.5. При оформлении Формы медицинский работник обязан соблюдать следующие правила описания физического и психического состояния пациента:

1) жалобы фиксируются со слов пациента или законных представителей и соответствуют соматическому состоянию пациента. Указываются все жалобы, представленные пациентом, а не только те, которые касаются профиля врача или учреждения, соблюдая синдромальный принцип;

2) анамнез жизни и заболевания указываются лаконично, записываются все важные моменты для разработки стратегии (тактики) диагностики и лечения:

а) в анамнезе болезни отражаются наступление первых признаков и проявление (начало) болезни, последовательность возникновения и эволюции симптомов во времени, возможные причины и обстоятельства их появления, предшествующие консультации и госпитализации, проводившиеся методы лечения и их эффективность;

б) в анамнезе жизни обязательно отражаются условия жизни и труда, предшествующие патологические процессы (заболевания: туберкулез, вирусный гепатит, ИППП и т.д., а также хирургические вмешательства, переливания крови и т.д., наследственные заболевания, а также вредные привычки (курение, алкоголизм и т.д.);

в) сведения об анамнезе болезни и жизни могут быть зафиксированы как со слов пациентов или их законных представителей, так и из официальных медицинских документов (направления, выписки и т.д.), указывая обязательно источник информации;

3) эпидемиологический и аллергологический анамнезы обязательны с указанием в них контактов с больными лицами в течение последних шести месяцев и непереносимость лекарственных средств;

4) физический осмотр пациента осуществляется последовательно, по системам органов, начиная с общего осмотра: общее состояние (удовлетворительное, умеренной тяжести, тяжелое, очень тяжелое), сознание (ясное, кома, бред и т.д.), положение (активное, пассивное, вынужденное), лицо (Гиппократа, акромегалия, базедово и т.д.), конституциональный тип телосложения (нормостеник, астеник, гиперстеник), состояние (тургор, эластичность, отек, сыпь и т.д.) и цвет кожи/видимых слизистых оболочек, степень питания, состояние периферийных лимфатических узлов, костно-суставной и мышечной системы.

Далее указываются показатели деятельности систем: дыхательной (форма грудной клетки, результаты перкуссии груди, тип и частота дыхания, наличие или отсутствие хри-пов), сердечно-сосудистой (расположение верхушки сердца, пределы, характер сердечных тонов, наличие или отсутствие

шумов, частота сердечных сокращений, качество пульса на периферических артериях, артериальное давление), желудочно-кишечной (состояние полости рта и языка, состояние передней брюшной стенки, наличие патологических изменений при пальпации, наличие или отсутствие патологических жидкостей, признаков раздражения брюшины, состояние печени и селезенки, особенности дефекации, характер стула и т.д.) и мочеполовой (расстройства мочеиспускания, симптом поколачивания, состояние почек при пальпации и т.д.).

Объективное состояние по системам органов включает результаты наружного осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации. Патологические изменения, обнаруженные при осмотре пациента, подробно описываются;

5) локальные изменения (status localis) – является обязательным разделом и содержит подробное описание всех повреждений, обнаруженных на теле пациента;
6) стандартная схема описания внешних повреждений состоит из следующих разделов:
   а) описание наружных повреждений требует обязательного указания следующих признаков: точное месторасположение повреждения (фиксируется анатомическая область и ее поверхность, расположение по отношению к пограничным анатомическим зонам); тип повреждения (кровоподтеки, ссадины, раны и т.д.); форма повреждения (сравнивается с геометрическими фигурами, если форма не подлежит сравнению, то указывается неправильная форма); направление повреждения по отношению к серединной линии тела (органа, кости); размер повреждения (длина, ширина и глубина отдельно) в сантиметрах; цвет повреждения и прилежащие области; характер поверхности повреждения (рельеф, цвет, наличие и соотношение струпа ссадины относительно неповрежденных участков кожи); характер краев, концов, стенок и дна раны, наличие или отсутствие кровотечения и его степень, признаки заживления ран; наличие различных наложений или загрязнений (сажи, смазки, ржавчины, фрагментов ткани, стеклянных осколков и т.д.) на поверхности повреждения или в его глубине; состояние прилегающих тканей (отечность, гиперемия, загрязнение и т.д.).
   б) в случае транспортной травмы и повреждений, причиненных огнестрельным оружием, важно указать расстояние от подошв до нижней части повреждения. Также в целях выявления травматического агента будут указаны те признаки и морфологические особенности, которые отражают форму, поверхностный характер и другие важные свойства повреждающего объекта;
   в) в целях диагностики на коже входного отверстия раны, причиненной огнестрельным оружием, и его отличия от выходного отверстия, а также для установления расстояния выстрела обязательно исследуется и фиксируется форма повреждения (круглое, овальное, щелевидное, звездчатое и т.д.), размеры, характер краев раны (ровные, неровные) и их ориентация (внутрь, наружу), наличие или отсутствие специфических ободков

(осаднения, обтирания) по краям раны, дефекта ткани, наложений дополнительных факторов выстрела (копоть, частицы пороха), ожогов и опыления волосков;

г) при описании повреждений не допускается замена их морфологических характеристик общими выражениями или диагнозами (например, ушибы мягких тканей, входное/выходное отверстие, резаная рана и т.д.).

2.6. Медицинский работник обязан надлежащим образом оформлять Форму. Медицинский работник должен принимать во внимание, что от качества описания в Форме последствий применения насилия, пыток и жестокого обращения зависит способность судебно-медицинской экспертизы объективно установить соотношение между каждым результатом (симптомом) обследования физического состояния пациента и предполагаемым способом нанесения ему травмы, дать заключение о степени соответствия между всеми источниками доказательств и заявлениями пациента о насилии.

2.7. Форма подписывается заполнившим ее медицинским работником, руководителем организации здравоохранения и скрепляется печатью.

2.8. Форма, испорченная при оформлении, с отметкой «Испорчено» оставляется в книге бланков.

2.9. Неправильное, неполное заполнение Формы и/или ее фальсификация, посредством внесения заведомо ложных сведений, а также исправлений, искажающих ее действительное содержание, влечет установленную законом ответственность медицинского работника.

2.10. Предоставляется на основании официального письменного запроса: при пытках – прокуратуре, при других формах насилия – органам внутренних дел. Оригинал формы остается в медицинском учреждении.

3. Порядок выдачи и хранения Формы

3.1. Оригинал формы остается в медицинском учреждении

3.2. Копия Формы выдается медицинским работником пациенту или его законному представителю незамедлительно после оформления и подписания врачом, проводившим медицинский осмотр, что удостоверяется его подписью в экземпляре Формы, остающейся в организации здравоохранения.

3.3. Копия Формы предоставляется на основании официального письменного запроса: при пытках – прокуратуре, при других формах насилия – представителю органов внутренних дел, уполномоченным за расследование случаев насилия, пыток и жестокого обращения, о чем делается отметка в Журнале с указанием должности, Ф.И.О. и подписи должностного лица.

3.4. Бланки Формы, сброшюрованные в книги, пронумерованные и прошнурованные, хранятся у руководителя организации здравоохранения или его заместителя, также как экземпляры заполненных Форм, предназначенные для хранения.

3.5. Экземпляры заполненных Форм, предназначенных для хранения в организации здравоохранения, используются для составления отчета организации здравоохранения и подлежат хранению по месту выдачи в течение 3лет после окончания календарного года, в котором выдана Форма, после чего архивиру-

ются на 25 лет в соответствии с действующими Инструкциями. Формы относятся к документации строгой отчетности.

3.6. Учёт и хранение бланков Формы организуются в порядке, обеспечивающем их надёжную сохранность.

4. Контроль

4.1. Контроль за соблюдением требований настоящей Инструкции возлагается на руководителя организации здравоохранения, в которой проводился медицинский осмотр.

4.2. Руководители уполномоченного органа здравоохранения организуют ежемесячную проверку правильности и полноты заполнения Форм в подотчетных организациях здравоохранения. Каждый выявленный факт неправильного и неполного заполнения медицинским работником Формы является основанием для специального разбирательства со стороны уполномоченного органа здравоохранения и влечет установленную законом ответственность медицинского работника.

Приложение 4. Инструкция по опознавательной фотосъемке и фотографированию телесных повреждений при проведении медицинского осмотра для фиксации и документирования следов насилия, пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания.

Содержание:

I. Общие положения
II. Значение фотофиксации как источника доказательств.
III. Опознавательная съёмка.
IV. Правила фотографирования телесных повреждений.
V. Оформление акта о проведенной фотосъемки.
VI. Список использованной литературы и документов.

I. Общие положения

Данная инструкция предназначена для медицинских работников всех уровней организаций здравоохранения. В ней установлена общая система проведения фотографирования и освещены основные правила судебной фотографии применительно к фиксации и документированию следов насилия, пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания.

Документ подготовлен с учетом международных стандартов требований Стамбульского протокола и Практического Руководства по эффективному расследованию и документированию насилия, пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания, утвержденного Приказом МЗ КР от 09.12.2014 N649.

Инструкция является обязательной в части требуемых допусков к точности технологических процессов и рекомендательной в части используемых методов, средств и технологий.

II. Значение фотофиксации как источника доказательств.

Значение фотографии в следственной, экспертной и правозащитной практике очень велико, поэтому законодатель официально закрепил её использование – фотоснимки прилагаются к протоколам следственных действий (ч.4 ст. 170 УПК КР) или к заключениям специалистов эксперта.

Фотографирование как объективная форма запечатления обладает рядом преимуществ перед любым словесным способом фиксации:

а) – документальность полученных снимков;

б) – их наглядность;

в) – высокая точность;

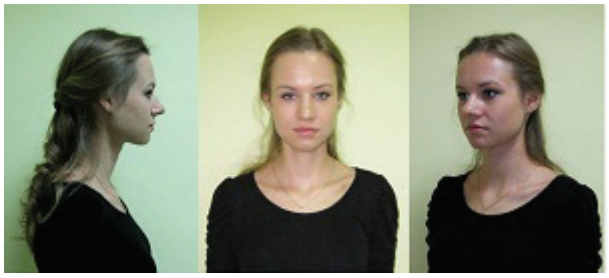
г) – объективность в передаче информации;

д) – относительная быстрота процесса фиксации.

Эти преимущества делают фотографию одним их важнейших способов фиксации доказательных фактов.

III. Опознавательная съёмка.

Опознавательная съемка применяется для фотографирования предметов и людей, в целях их последующего опознания.



Правый профиль *Анфас* *¾ левого полупрофиля*

Что необходимо соблюсти при производстве опознавательной съемки:

1. Погрудные снимки производятся на нейтральном светлом фоне (у стены), на некотором удалении объекта съемки от него, чтобы на фоне не было теней от объекта.
2. Фотографирование живых лиц для последующего опознания (в случае отсутствия документов, удостоверяющих личность) производится в анфас, правый профиль и ¾ левого полупрофиля. Левый профиль фиксируют в том случае, если на левой половине лица имеются какие-либо особые приметы.
3. Масштаб изображения на фотоснимке должен составлять 1/7 от натуральной величины (расстояние между зрачками на снимке должно быть около 1 см). Для соблюдения масштаба 1/7 от натуральной величины на фотоснимке на грудь фотографируемого прикладывается линейка длиной 7, 14 или 21 см, которая уже на самом снимке должна быть 1,2 или 3 см соответственно.
4. Фотоаппарат располагается на уровне глаз фотографируемого и не ближе 1 метра к нему, чтобы избежать перспективных искажений лица. Оптическая ось объектива должна проходить через наружный разрез глаз и верхнюю треть уха, чтобы голова фотографируемого заваливалась вперед или назад.
5. Фотографирование производится без головного убора и без очков, даже если человек носит их постоянно. Волосы зачёсываются назад, чтобы были видны ушные раковины (независимо от того, какую причёску человек носит в повседневной жизни), для возможности в последующем производства портретной экспертизы.

IV. Правила фотографирования телесных повреждений.

Фотографирование телесных повреждений должно быть проведено таким образом, чтобы впоследствии фотографии (снимки) могли быть использованы в качестве доказательств или источника доказательств. Поэтому они должны строго соответствовать определенным критериям и правилам, принятым в криминалистике и уголовном судопроизводстве.

Что необходимо соблюсти при фотосъемке телесных повреждений:

1. Средство для фотографирования (пленочный фотоаппарат, цифровой фотоаппарат или камера мобильного телефона) должно иметь разрешающую способность не менее 5 МП (мегапиксель), что позволит получить качественную фотографию и цветопередачу.
2. Фотосъемку следует, по возможности, производить при естественном освещении, чтобы избежать искажения цвета телесного повреждения.
3. Для недопущения перспективных искажений фотографируемого объекта (истинных его размеров), плоскость задней планки (экрана) в фотоаппарате или камере мобильного телефона должна быть параллельна плоскости следа, а оптическая ось перпендикулярна к плоскости следа и проходить через его центр.
4. Масштабная линейка размещается на высоте плоскости объекта съемки и не должна маскировать (перекрывать) его.
5. Если снимается объект со сложным рельефом, то на разных его участках могут размещаться несколько масштабных линеек.
6. Масштабная линейка располагается в кадре миллиметровыми делениями в сторону объекта.
7. Следует использовать масштабную линейку с наличием эталонных цветов, что позволит в дальнейшем получить снимки с точной передачей цвета телесного повреждения. Использование эталонных цветов необходимо потому, что различные средства для фотографирования (от разных производителей) не одинаково фиксируют одни и те же цвета.

V. Оформление фотосъемки в заключениях врачей.

Результаты фотосъемки могут быть использованы в уголовном деле лишь при их надлежащем процессуальном оформлении.

К фотоснимкам необходимо составить акт или иной документ о произведенном фотографировании с указанием:

- примененных фотографических средств (тип аппарата, вид объектива, используемый фотоматериал, осветители и др.); методы фотографирования,
- объекты фотографирования (ФИО обследуемого, вид и локализация телесных повреждений);
- время и место (учреждение) проведения съемки.
- условия, порядок фотографиярования, характер освещения.

Приобщаемые к Формам медицинского осмотра либо медицинским документам фотоснимки следует оформлять в виде фототаблиц. Фототаблицы должны иметь заголовки, в которых отмечается номер Формы и дата проведения медицинского осмотра/

обследования. Под каждым снимком необходимо ставить номер и давать краткую пояснительную надпись указанием вида и локализации фиксированных телесных повреждений. Каждый снимок скрепляется печатью отдела либо отделения организации здравоохранения (при этом одна часть оттиска печати располагается на краю фотоснимка, а другая – на бумаге таблицы).

Для подтверждения достоверности снимков каждый из них заверяется подписью врача, производившего осмотр и фотосъемку.

Приложение 5. Форма заключения судебно-медицинской экспертизы при документировании случаев пыток и жестокого обращения

Наименование экспертной организации _____ _____ **Адрес** _____	**Медицинская документация Форма № 003-4/у** **Утверждена Министерством здравоохранения Кыргызской Республики** **от 07.12.2015г. № 680**

Заключение судебно-медицинской экспертизы при документировании случаев пыток и жестокого обращения № _____ от _____ 20_____ г.

1. Форму заключения судебно-медицинской экспертизы при документировании случаев пыток и жестокого обращения (далее – форму) следует использовать судебно-медицинским экспертам и специалистам при проведении экспертизы, назначенной органами следствия и суда для документирования случаев пыток и жестокого обращения (далее – пытки).
2. До проведения экспертизы необходимо ознакомить подэкспертного с целью и методикой проведения экспертизы, потенциальными выгодами (доступ к правосудию, объективное расследование, наказание виновных, реабилитация, компенсации и др.), рисками (преследование, давление, угрозы и др.) и любыми ограничениями на конфиденциальность.
3. Экспертизу проводить только при наличии письменное информированного согласия подэкспертного или его законного представителя.
4. При подозрении в совершении насилия в отношении несовершеннолетних/недееспособных информированного согласия со стороны законных представителей не требуется, информация передается напрямую в органы прокуратуры.
5. Осмотр и опрос подэкспертного должно проводиться в условиях конфиденциальности. Никакие третьи стороны (следователи, прокуроры, судьи и др.) не должны присутствовать при проведении экспертизы.
6. При наличии физических и психических симптомов характерных для пыток, эксперт должен спросить о возможных пытках, в том числе сексуальном насилии, и документировать соответствующие доказательства. Эксперт обязан сообщить о пытках в органы прокуратуры.
7. Игнорирование, введение в заблуждение и/или фальсификация медицинских доказательств о применении пыток влекут установленную законом ответственность.
8. Наличие или отсутствие повреждений, связанных с предполагаемыми пытками, должно быть документировано фотографически.
9. Во всех случаях назначения судебно-медицинских экспертиз по поводу пыток, эксперт обязан:
   а) сообщить подэкспертному о праве на медицинскую оценку негосударственным медицинским экспертом;

б) при наличии медицинских показаний направить на лечение физических и/или психических заболеваний.

10. Заключение выдается должностному лицу, ответственному за расследование случая пыток, в установленном законом порядке.
11. Подэкспертный может ознакомиться с заключением или получить копию заключения у должностного лица, ответственного за расследование случая пыток.

Вводная часть (Общая информация).

1. Экспертиза начата Дата: _____ Время: _____ Место: _____

2. Экспертиза окончена Дата: _____ Время: _____ Место: _____

3. Основание для проведения экспертизы: (постановление/определение, ФИО, должность лица, назначившего экспертизу, название организации, дата назначения)

4. Ф.И.О. подэкспертного: _____

5. Документ, удостоверяющий личность подэкспертного (название и номер документа):

_____

6. Пол: Муж ☐ Жен ☐ **Возраст** ____ **Дата рождения** (день/месяц/год): __ /__ /____

7. Подэкспертный лишен свободы /ограничен в свободе: Да ☐ Нет ☐ (уточните)

_____

8. Подэкспертный нуждается в переводчике: Да ☐ Нет ☐

9. Переводчик предоставлен: Да ☐ Нет ☐

10. Ф.И.О. переводчика: _____

11. Документ, удостоверяющий личность (название и номер): _____

12. Сведения о языках перевода: _____

13. Информированное согласие получено: Да ☐ Нет ☐ (поясните)

_____

14. Сведения об эксперте (ах):

Ф.И.О.: _____
Место работы: _____
Должность: _____
Специальность: _____
Стаж работы: _____
Квалификационная категория: _____
Ученая степень/ звание: _____

15. Опыт документирования доказательств пыток и жестокого обращения Да ☐ Нет ☐

16. Об уголовной ответственности за отказ, уклонение от дачи заключения или дачу заведомо ложного заключения (по ст. 330-331УК КР)

Предупрежден _____ _____

Ф.И.О. эксперта *Подпись эксперта и М.П.*

17. Время, прошедшее с момента предполагаемых пыток до судебно-медицинской оценки пыток и жестокого обращения: _____ (часов) _____ (дней)

18. Сотрудники правоохранительных органов/другие лица присутствовали во время обследования: Да ☐ Нет ☐

Имя	Должность/Учреждение	Документ, удостоверяющий личность (название и номер):	Был предупрежден о необходимости покинуть помещение во время проведения экспертизы
1.			Да ☐ Нет ☐
2.			Да ☐ Нет ☐
3.			Да ☐ Нет ☐

19. Отметьте любые из следующих ограничений на медицинскую экспертизу:

Действия подэкспертного ограничены (уточните): Да ☐

Недостаточное время для экспертизы: Да ☐

Отсутствие конфиденциальности (уточните): Да ☐

Другие (уточните): Да ☐

20. Место предполагаемых пыток:

В заключении (уточните): Да ☐

Дома (адрес): Да ☐

Государственное учреждение (уточните): Да ☐

Общественное место (уточните): Да ☐

Другие (уточните): Да ☐

21. Вопросы, поставленные на разрешение экспертизы:

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

Исследовательская часть

22. Социальная и медицинская история

1. Семейное положение: _____
2. Дети (количество, возраст): _____
3. Образование: _____
4. Род деятельности: _____
5. Вероисповедание: _____
6. Национальность/этническая группа: _____
7. Употребление/зависимость (давность, характер употребления, ранее проведенное лечение):
   Табак: _____

Алкоголь: _____

Наркотики: _____

Другое: _____

Анамнез

23. Основные болезни / хронические болезни: _____

_____

24. Предыдущие травмы: _____

_____

25. Операции: _____

_____

26. Психические расстройства в анамнезе: ☐ Нет ☐ Да, укажите

_____

27. Медикаментозное лечение: _____

_____

Заявление о пытках и/или жестоком обращении

Задайте открытые вопросы в хронологическом порядке, как указано ниже.

28. Обстоятельства, предшествовавшие предполагаемым пыткам (т.е. дискриминация, пренебрежение, домогательства, угрозы по отношению к себе/семье/ друзьям, лишении/ограничении свободы, членство в определенной социальной/политической группе и др.)

_____

_____

29. Описание обстоятельств лишения/ограничения свободы с указанием даты. Первоначальные и последующие места лишения/ограничения свободы (даты, условия транспортировки и содержания)

_____

_____

30. Сведения о предполагаемых пытках (Задайте открытые вопросы в хронологическом порядке, как указано ниже).

«Расскажите о случаях применения к Вам пыток и жестокого обращения. Где и когда это происходило, кто был причастен. Опишите, какие методы пыток были применены (обзор методов пыток см. в приложении). Опишите оружие или другие использовавшиеся при этом предметы, продолжительность, локализация полученных повреждений. Пожалуйста, опишите настолько подробно, насколько Вы можете и дайте знать, если есть что-то, в чем Вы не уверены»

31. Спросите о случаях сексуального насилия. Задайте следующий вопрос: «Иногда люди, которые сообщают о случаях пыток, также испытали некоторую форму сексуального насилия. Случилось ли это с вами?»

Сообщение о сексуальном насилии: ☐ Да (Опишите детали выше) ☐ Нет

Если «Да», провести экспертизу с использованием инструкций и правил проведения экспертизы при сексуальном насилии.

32. Краткая информация о предполагаемых нарушениях и правонарушителях:

Дата (дата/месяц/год)	**Место**	**Предполагаемое нарушение**	**Предполагаемый правонарушитель (и)** (имя, должность, место работы, отношение к предполагаемой жертве)
1.			
2.			
3.			
4.			

33. Физические симптомы и / или нетрудоспособность, относящиеся к предполагаемым пыткам. (Опишите развитие острых и хронических симптомов и нетрудоспособности, частоты, локализации, интенсивности, продолжительности, обострения и улучшения

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

34. Жалобы:

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

35. Обследование физического состояния

(Включите все соответствующие положительные и отрицательные результаты. При случаях острого вагинального или анального изнасилования, проведите экспертизу согласно правилам производство экспертиз при сексуальных видах насилия и осуществите сбор необходимых биологических объектов для исследований)

1. Оценка общего состояния: _____

_____

2. Кожные покровы: _____

_____

3. Лицо / голова: _____

_____

4. Глаза/ уши / нос/ горло: _____

_____

5. Ротовая полость/зубы: _____

_____

6. Грудь/живот (включая жизненно-важные функции: ЧСС,ЧД, АД) _____

_____

7. Мочеполовая система: _____

_____

8. Костно-мышечная система: _____

_____

9. Нервная система: _____

_____

36. Локальные изменения (status localis) – является обязательным разделом и содержит подробное описание всех повреждений, обнаруженных на теле подэкспертного. При описании повреждений не допускается замена их морфологических характеристик общими выражениями или диагнозами (например, ушибы мягких тканей, входное/выходное отверстие, резаная рана и т.д.). Повреждения фиксируются, обязательно соблюдая стандартную схему их описания.

1 _____

2 _____

3 _____

37. Фотографии обследования физического состояния имеются Да ☐ Нет ☐

Фото №	Расположение на теле	Описание

38. Анатомические изображения физического обследования выполнены Да ☐ Нет ☐

Если «Да», включите в приложение

39. Результаты клинико-диагностического обследования получены: Да ☐ Нет ☐

1 _____

2 _____

3 _____

40. Получены консультации: Да ☐ Нет ☐

1 _____

2 _____

3 _____

41. Длительность объективного осмотра: Часов: _____ Минут: _____

42. Направлен на дальнейшее обследование/госпитализацию: Да ☐ Нет ☐

1 _____

2 _____

3 _____

43. Данные, из предоставленных медицинских документов Да ☐ Нет ☐

_____

_____

_____

44. Документальные данные из материалов дела:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Выводы

Мотивация и источники

46. Ответы на вопросы, поставленные на разрешение экспертизы:

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

47. Сведения о наличии телесных повреждений, их вид, характер, локализация. Механизм образования (вид орудия, при помощи которого нанесены повреждения и способы их нанесения). Давность образования повреждений.

_____

48. Установить степень тяжести нанесенного вреда здоровью (необходимо для определения квалифицирующих признаков частей статьи 305-1 Уголовного кодекса Кыргызской Республики).

_____

49. Установить степень соответствия имеющимся обстоятельствам получения травмы, изложенных подэкспертным имеющимся острым и хроническим физическим симптомам и нарушениям общей трудоспособности (по локализации, давности, механизму образования, включая отрицательный результат).

Все обследования должны включать:

1) степень соответствия между каждым методом нанесения травмы, указанными подэкспертным, результатам обследования физического состояния и;

2) заключение о степени соответствия между всеми источниками доказательств и заявлениями о нарушении

Степень соответствия между результатами физического обследования и предполагаемого типа нанесения повреждений

Предполагаемый метод нанесения повреждения	Результаты обследования физического состояния	*Степень соответствия (обведите один)	№ фотографии
1.		Не соответствует / Соответствует/ Высоко соответствует / Практически диагностировано	☐ Да № _____ ☐ Нет
2.		Не соответствует / Соответствует/ Высоко соответствует / Практически диагностировано	☐ Да № _____ ☐ Нет
3.		Не соответствует / Соответствует/ Высоко соответствует / Практически диагностировано	☐ Да № _____ ☐ Нет
4.		Не соответствует / Соответствует/ Высоко соответствует / Практически диагностировано	☐ Да № _____ ☐ Нет
5.		Не соответствует / Соответствует/ Высоко соответствует / Практически диагностировано	☐ Да № _____ ☐ Нет

* ***Примечание:*** *Результаты обследования физического состояния интерпретируются в соответствии с классификацией, установленной в Стамбульском протоколе:*

Не соответствует: *повреждение не могло быть вызвано описанной травмой*

Соответствует: *повреждение могло быть вызвано описанной травмой, но оно не конкретное и есть много других возможных причин*

Высоко соответствует: *повреждение могло быть вызвано описанной травмой, и есть несколько других возможных причин*

Практически диагностирует: *это проявление не могло быть вызвано любым способом, кроме того, что описано*

50. Острые и хронические симптомы и возникшая нетрудоспособность подэкспертного согласуются с насилием, о котором он заявил ☐ Да

51. Описание заживления травм у подэкспертного согласуется с тем, что можно ожидать от предполагаемого вида насилия ☐ Да

52. Заключение о согласованности между утверждениями подэкспертного о применении к нему методов, используемых при пытках/жестоком обращении и всеми источниками доказательств (морфологической характеристики имеющихся повреждений, данных представленных медицинских документов с результатами клинико-диагностических обследований, обстоятельств дела, знаний региональных практик пыток и жестокого обращения).

Не соответствует ☐ Да

Соответствует ☐ Да

Высоко соответствует: ☐ Да

Практически диагностировано ☐ Да

Дополнительное разъяснение результатов обследования физического состояния и выводы (выборочно):

_____

_____

_____

_____

Рекомендации:

53. Консультации/обращение за медицинской помощью (включая психологов и/или других медицинских специалистов) Да ☐ Нет ☐

1 _____

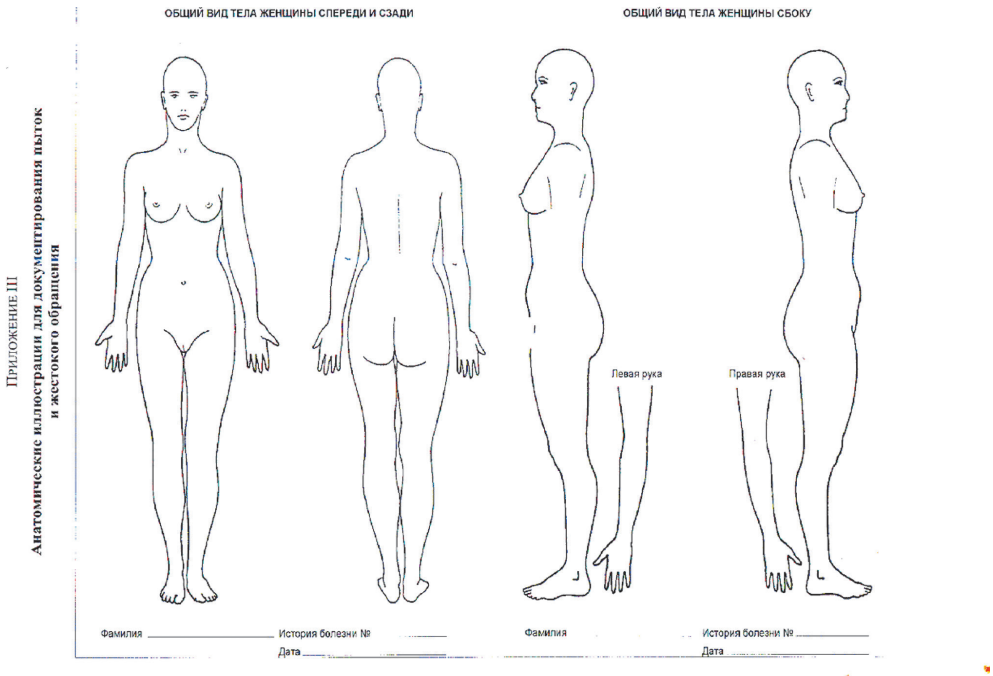
2 _____

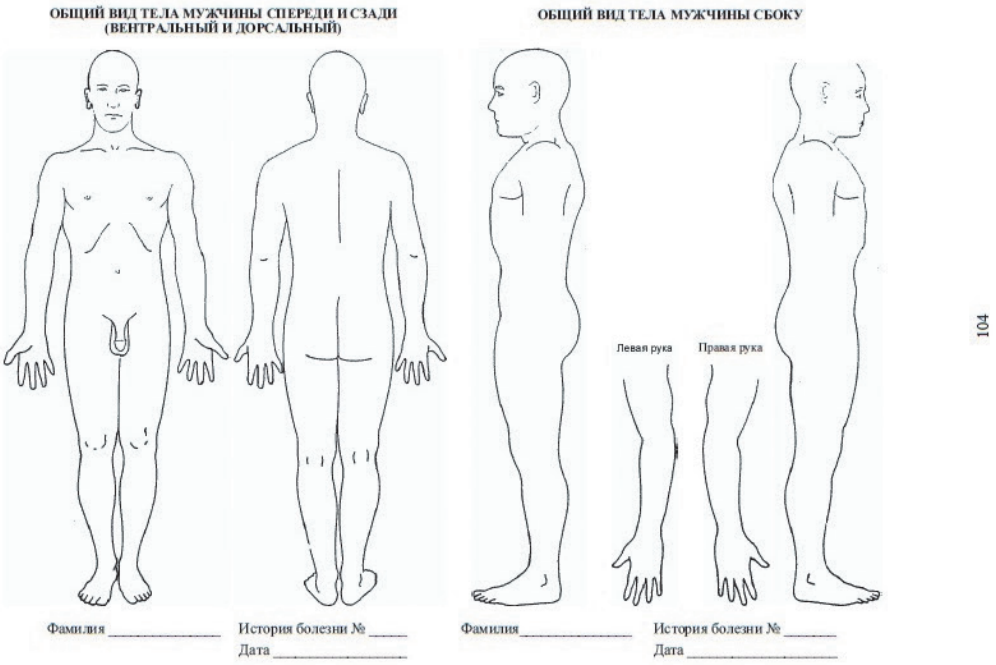
3 _____

_____ _____ _____

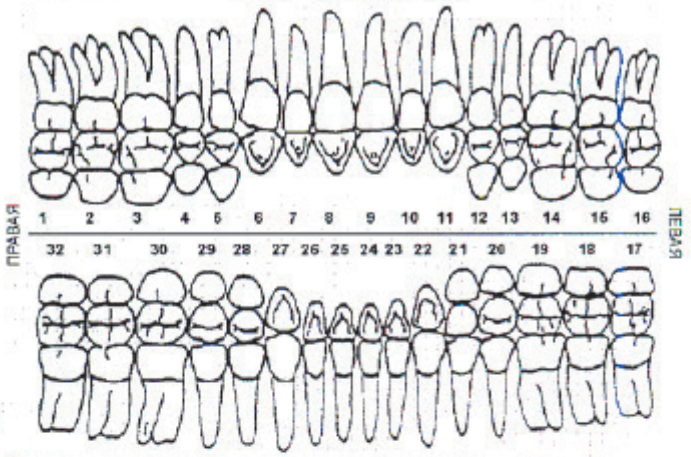
Ф.И.О. эксперта *Подпись эксперта* *Дата.*

Приложение. Анатомические диаграммы





ОТМЕТЬТЕ НА ЭТОЙ СХЕМЕ ВСЕ ИМЕЮЩИЕСЯ ПЛОМБЫ И ОТСУТСТВУЮЩИЕ ЗУБЫ



Полное описание всех зубных протезов и несъемных мостов

Приблизительный
Возраст _____
Пол _____
Расовая принадлежность _____

Обведите кружком характеристику имеющихся зубных протезов

Верхняя челюсть
- Полносъемный
- Частично съемный
- Несъемный мостовидный

Нижняя челюсть
- Полносъемный
- Частично съемный
- Несъемный мостовидный

Зубной налет
- Незначительный
- Средний
- Крайней степени

Обведите кружком характеристику

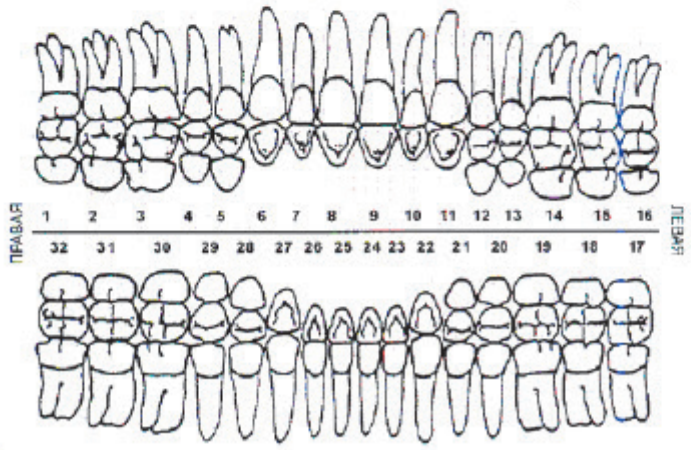
Прикус
- Нормальный
- Ортогнатия
- Прогнатия

Состояние периодонта
- Отличное
- Среднее
- Неудовлетворительное

Зубной камень
- Незначительный
- Средний
- Крайней степени

ОТМЕТЬТЕ НА ЭТОЙ СХЕМЕ ВСЕ СЛУЧАИ КАРИЕСА

Обведите все случаи кариеса и зачеркните (X) все отсутствующие зубы



Приложение 6. Инструкция по заполнению «Формы заключения судебно-медицинской экспертизы при документировании случаев пыток и жестокого обращения»

1. Заполнение формы производится путем записи данных в соответствующие графы либо отметкой в окошке метки.
2. Заполнению подлежат все пункты «Формы судебно-медицинского заключения по документированию предполагаемых пыток и жестокого обращения». Правильность и полнота заполнения каждого из пунктов обеспечит в дальнейшем правильную интерпретацию полученных данных, которые будут являться подтверждением того, что имели место пытки и жестокое обращение.
3. Перед заполнением «Форма заключения судебно-медицинской экспертизы при документировании случаев пыток и жестокого обращения» (далее Форма), в соответствующей графе проставляется название и адрес организации здравоохранения порядковый номер «Формы».
4. Перед проведением экспертизы пыток / жестокого обращения необходимо получить от подэкспертного письменное информированное согласие, о чем вносится отметка в Форму. В случае информированного отказа экспертиза не проводится и составляется «Акт о невозможности дачи заключения» (за исключением случаев, установленных законом). Бланк Информированного согласия/отказа должен быть приобщен к Форме.
5. Пренебрежение, введение в заблуждение и/или фальсификация медицинских доказательств применения насилия, пыток и жестокого обращения являются наказуемыми преступлениями в соответствии с законом.
6. Наличие или отсутствие повреждений, связанных с предполагаемым или подозреваемым фактом насилия, пытки и жестокого обращения, по возможности должно быть документировано фотографически с использованием масштабной линейки.

   Если в помещении/камере фотосъемки запрещены законом, следует использовать анатомические диаграммы.
7. В случаях предоставления медицинских документов необходимо сделать выписки из них. Если при первичном освидетельствовании потерпевший уже имеет медицинские документы о бывшей травме, то вначале эксперту лучше ознакомиться с ними и вписать в исследовательскую часть «Заключения» основные данные из этих документов. Объем выписок определяет сам эксперт, но этот объем должен быть достаточен для того, чтобы сделать необходимые суждения о характере, механизме и давности образования имеющихся повреждений тяжести вреда здоровья и квалифицирующих признаков (см. приложение 13). Сведения из других медицинских документов (справки, листок нетрудоспособности, результаты дополнительных обследований и консультации) переписываются полностью.

Приложение 7. Форма заключения судебной психиатрической и комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы жертв предполагаемого насилия, пыток и жестокого обращения

Инструкция по заполнению формы заключения судебной психиатрической и комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы жертв предполагаемого насилия, пыток и жестокого обращения

1. Форму заключения следует использовать психиатрам и психологам, выступающим в качестве судебных экспертов при проведении судебной психиатрической, комплексной психолого-психиатрической экспертизы (далее – экспертиза) жертв, предполагаемого насилия, пыток и жестокого обращения.
2. До проведения экспертизы необходимо получение письменного информированного согласия обследуемого лица (далее – подэкспертного) или его законного представителя. При подозрении на совершении пыток и жестокого обращения со стороны законных представителей, информированного согласия несовершеннолетних/ недееспособных не требуется.
3. Экспертиза должна проводиться в условиях безопасности и конфиденциальности для подэкспертного. Никаким третьим сторонам (следователи, прокуроры, судьи и др.) не следует присутствовать при проведении экспертизы. Присутствие третьих лиц, включая медперсонал, отмечается в Форме в обязательном порядке.
4. При наличии физических и психических симптомов характерных для пыток, эксперт должен спросить о возможных пытках, в том числе сексуальном насилии и документировать соответствующие доказательства. Эксперт обязан сообщить о пытках в органы прокуратуры.
5. Игнорирование, введение в заблуждение и/или фальсификация медицинских доказательств при проведении экспертизы со стороны эксперта влекут установленную законом ответственность.
6. При проведении экспертизы насилия, пыток и жестокого обращения эксперт обязан:
   а. Рекомендовать проведение комплексной экспертизы с оценкой психических и физических доказательств предполагаемого насилия, пыток и жестокого обращения;
   б. В случае необходимости направить на дальнейшее обследование, лечение, реабилитацию и др.
7. Форма заключения выдается должностному лицу, ответственному за расследование, в установленном законом порядке.
8. Подэкспертный/законный представитель могут ознакомиться с заключением или получить копию у должностного лица, ответственного за расследование случаев насилия, пыток и жестокого обращения.
9. Необходимо установить связь между психическими нарушениями и предполагаемым насилием, а также установить степень соответствия между результатами

психического/психологического обследования и заявлениями о насилии согласно следующей классификации:

I. Не соответствует: нарушение не могло быть вызвано описанной травмой;
II. Соответствует: нарушение могло быть вызвано описанной травмой, но присутствует множество других возможных причин;
III. Высоко соответствует: нарушение могло быть вызвано описанной травмой, но присутствует несколько других возможных причин;
IV. Практически диагностируется: нарушение не могло быть вызвано другими причинами, кроме описанной травмы.

Заключение судебной психиатрической и комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы жертв предполагаемого насилия, пыток и жестокого обращения № __

Вводная часть

1. Экспертная организация (название и адрес):_____

_____

2. Место проведения экспертизы и адрес:_____

_____

3. Экспертиза начата: Дата: _____

4. Экспертиза окончена: Дата: _____

5. Основание для проведения экспертизы:

Постановление/определение, Ф.И.О., должность лица, назначившего экспертизу, название организации, дата назначения _____

_____

Номер представленных материалов/дела _____

6. ФИО подэкспертного: _____

7. Документ, удостоверяющий личность подэкспертного (название и номер документа):

_____

8. Пол: Муж ☐ Жен ☐ **Дата рождения** (день/месяц/год): __ /__ /____

9. Подэкспертный лишен свободы/ограничен в свободе: ☐ Нет ☐ Да, (уточните)

_____

10. Подэкспертный нуждается в переводчике: ☐ Да ☐ Нет

11. Переводчик предоставлен: ☐ Да ☐ Нет

12. ФИО переводчика: _____

13. Документ, удостоверяющий личность переводчика (название и номер документа):

_____

14. Сведения о языках перевода: _____

15.Письменное информированное согласие получено: ☐ Да ☐ Нет, (поясните)

_____

16. Сведения об эксперте/экспертах:

ФИО: _____
Место работы: _____
Специальность/Должность: _____
Стаж работы: _____
Квалификационная категория: _____
Ученая степень/звание: _____

17. Опыт документирования случаев насилия, пыток и жестокого обращения: ☐ Да ☐ Нет

18. Об уголовной ответственности за отказ или уклонение от дачи заключения, или за дачу заведомо ложного заключения (ст. 330-331 УК КР) предупрежден:

_____ _____
*ФИО эксперта(-ов)** *Подпись(-и) эксперта(-ов) и М.П..*

** при необходимости добавьте дополнительные линии*

19. Обстоятельства и ограничения экспертизы:

Отметьте любые из следующих ограничений на экспертизу:
Недостаточность времени на экспертизу (уточните): _____
Отсутствие конфиденциальности (уточните): _____
Ограниченность действий подэкспертного (уточните): _____
Другое (уточните): _____

20. Присутствие третьих лиц (сотрудников правоохранительных органов/других лиц) при экспертизе: ☐ Да ☐ Нет

ФИО	**Должность/место работы**	**Предупрежден о необходимости покинуть помещение на время проведения экспертизы**
1.		Да ☐ Нет ☐
2.		Да ☐ Нет ☐
3.		Да ☐ Нет ☐

20. Вопросы, поставленные на разрешение экспертизы:

1 _____
2 _____
3 _____
4 _____

21. Материалы и методы исследования:

1 _____
2 _____
3 _____
4 _____

Исследовательская часть

Анамнестические сведения

22. Психосоциальный анамнез до предполагаемого насилия

1. Наследственность, особенности развития (раннее развитие, детство, школа): _____
_____
2. Отношения в семье, перенесенные психические травмы (домашнее насилие и др. насилие в детском возрасте, утраты): _____
_____
3. Особенности характера, поведения и реагирования на психические травмы
_____
4. Образование: _____
5. Род занятий: _____
6. Семейное положение, дети: _____
7. Вероисповедание _____
8. Этническая группа: _____
9. Социальная активность, политические взгляды/деятельность, участие в военных действиях и др.: _____
_____
10. Интересы/увлечения: _____
_____
11. Другое: _____
_____
12. Перенесенные психические заболевания в анамнезе (характер заболевания, лечение, сведения из предоставленных медицинских документов, судебных медицинских, психологических и/или психиатрических заключений и пр.): _____
_____
13. Употребление/зависимость от психоактивных веществ (вид вещества, давность, характер употребления, ранее проведенное лечение, сведения из предоставленных медицинских документов, судебных медицинских, психологических и/или психиатрических заключений и пр.): _____
_____
14. Перенесенные травмы головы и их последствия (сведения из предоставленных медицинских документов, судебных медицинских, психологических и/или психиатрических заключений и пр.): _____
_____
15. Перенесенные другие заболевания и травмы/повреждения (характер заболевания, лечение, сведения из предоставленных медицинских документов, судебных медицинских, психологических и/или психиатрических заключений и пр.):_____
_____

Сведения о заявленном насилии

23. Обстоятельства предшествовавшие насилию (т.е. дискриминация, пренебрежение, угрозы в отношении предполагаемой жертвы/членов семьи/друзей, членство в определенной социальной/политической группе и др.): _____
_____

24. Обстоятельства и описание предполагаемого насилия (подробное перечисление и детальное описание методов насилия, а также реакций/страданий/переживаний подэкспертного):

_____

_____

25. Сообщения о сексуальном насилии (с подробным описанием заявленного сексуального насилия)_____

_____

26. Время, прошедшее с момента предполагаемого насилия до проведения экспертизы:

_____ (часы) _____ (дни) _____ (месяцы) _____ (годы)

27. Место предполагаемых пыток и жестокого обращения:

Государственное учреждение (уточните): _____ ☐ Да

Общественное место (уточните): _____ ☐ Да

Место заключения (уточните): _____ ☐ Да

Дом (адрес): _____ ☐ Да

Другое (уточните): _____ ☐ Да

28. Информация о предполагаемом насилии и правонарушителях:

Дата (дата/месяц/год)	**Место**	**Предполагаемое насилие**	**Предполагаемый правонарушитель (-и)** (имя, должность, место работы, отношение к подэкспертному)
1.			
2.			
3.			
4.			

29. Психосоциальный анамнез после предполагаемого насилия:

1. Как перенесенное насилие повлияло на следующие сферы жизни подэкспертного:
2. Семья и отношения в социуме: _____

_____

3. Образование/работа: _____
4. Финансовое положение: _____
5. Политические взгляды/деятельность: _____
6. Вероисповедание: _____
7. Планы на будущее: _____
8. Другое: _____
9. Психические расстройства, возникшие после пыток и жестокого обращения (появление и развитие симптомов, включая употребление/зависимость от психоактивных веществ и факторы, способствующие обострению или редукции симптомов). _____

_____

10. Помощь, оказанная подэкспертному после предполагаемого пыток и жестокого обращения (правовая, медицинская: направление/лечение/реабилитация): _____

_____

Клиническое обследование

30. Физическое состояние (описание физических симптомов насилия и результатов параклинических исследований):_____

_____

31. Неврологическое состояние (описание неврологических симптомов насилия и результатов параклинических исследований):_____

_____

32. Психическое состояние (описание психических симптомов насилия):

1. Внешний вид: _____
2. Сознание, ориентировка, внимание: _____
3. Восприятие: _____
4. Отношение к обследованию и поведение в ситуации обследования: _____

_____

5. Внимание и речь _____
6. Эмоциональны реакции и настроение: _____
7. Мышление: _____
8. Память: _____
9. Интеллект:_____
10. Волевая сфера:_____

33. Результаты психологического исследования/тестирования (результаты каждого психологического теста):

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

Мотивировочная часть

34. Обоснование диагноза/диагнозов:

1) Обоснуйте диагноз/диагнозы в соответствии с международной классификацией психических расстройств.
2) Перечислите возможные причины появления психических расстройств.
3) Оцените параллельно существующие стресс-факторы, воздействующие на подэкспертного и оказывающие влияние на его психическое состояние.
4) Оцените, насколько данные психиатрического обследования согласуются с заявленными переживаниями подэкспертного.

IV. Выводы и рекомендации

35. Выводы:

1. Ответы на вопросы, поставленные на разрешение экспертизы:

1) _____
2) _____
3) _____
4) _____

2. Соответствия между всеми источниками данных (физические, неврологические и психические нарушения, анамнестические сведения, знание методов пыток, жестокого обращения и насилия, применяемых в данном регионе, др. материалы) и заявлениями о насилии:

а. «Основываясь на экспертной квалификации, знаниях и опыте, считаем/считаю, что утверждения подэкспертного о насилии

Не соответствует ☐ Да
Соответствует ☐ Да
Высоко соответствует: ☐ Да
Практически диагностировано ☐ Да

результатам обследования (выбрать подходящее и убрать ненужное)».

Дополнительные пояснения по результатам обследования: _____

_____

36. Рекомендации:

Подэкспертному рекомендовано обследование/лечение/реабилитация/экспертиза:

1 _____
2 _____
3 _____

_____

_____ _____

ФИО эксперта/ов (печатными буквами) *Подпись эксперта/ов и М.П..*

Приложение 8. Инструкция по заполнению формы заключения судебной психиатрической и комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы

1. Форма заключения используется при формировании заключения судебной психиатрической, психологической и комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы. Рекомендуется, чтобы заключение минимально состояло из следующих разделов:
   а) Вводная часть
   б) Исследовательская часть:
      I. Анамнестические сведения
      II. Сведения о заявленном насилии
      III. Клиническое обследование
   в) Мотивировочная часть:
      I. Обоснование диагноза/диагнозов
   г) Выводы и рекомендации.
2. До проведения обследования/исследования эксперту(-ам) следует получить добровольное и осознанное письменное согласие подэкспертного или его законного представителя на проведение экспертизы. Эксперт разъясняет цели и особенности экспертизы, информирует о потенциальных выгодах и рисках, а также возможных ограничениях на конфиденциальность. В результате информирования, подэкспертный/законный представитель должны понимать, каким образом будут использованы медицинские данные, полученные в ходе экспертизы, как они будут храниться, и кто будет иметь доступ к ним. Эксперт также сообщает подэкспертному/ законному представителю о праве на проведение альтернативной экспертизы негосударственными экспертами.
3. Информированное согласие на проведение экспертизы или информированный отказ оформляются в виде отдельного бланка. В случае получения информированного согласия эксперт приступает к проведению исследования. В случае информированного отказа эксперт не проводит экспертизу и составляет Акт о невозможности дать заключение по причине отказа подэкспертного.
4. В разделе «Вводная часть» должна быть отражена следующая информация:
   а) Название экспертной организации, место, время проведения экспертизы.
   б) ФИО, возраст, пол подэкспертного.
   в) Основание для проведения экспертизы со сведениями о лице, назначившим экспертизу.
   г) Информированное согласие/отказ.
   д) Потребность подэкспертного в переводчике, обеспеченность переводчиком.
   е) Сведения об эксперте(-ах).

ж) Отметка, о том, что эксперт(-ы) предупрежден(-ы) об уголовной ответственности за отказ или уклонение от дачи заключения, или за дачу заведомо ложного заключения.

з) Лица, присутствующие при экспертизе и ограничения при ее проведении.

и) Вопросы, поставленные перед экспертизой.

к) Материалы и методы исследования.

5. Во втором разделе («Исследовательская часть») заключения должны быть отражены анамнестические сведения, включающие следующее:
   а) Оценка психосоциального анамнеза до предполагаемого насилия;
   б) Наследственность и перенесенные психические расстройства;
   в) Наследственность и перенесенные другие заболевания;
   г) Данные из предоставленной медицинской документации, судебных медицинских, психолого-психиатрических заключений.
6. В подразделе сведений о заявленном насилии необходимо максимально полно, подробно описать все детали происшедшего, включая случаи сексуального насилия. Посредством открытых вопросов, заданных в хронологической последовательности необходимо отразить следующее:
   а) Обстоятельства, предшествовавшие насилию;
   б) Описание предполагаемого насилия с использованием приложения, где представлен обзор методов насилия, пыток и жестокого обращения. Представленный обзор методов пыток, жестокого обращения и насилия не является исчерпывающим;
   в) Информация о предполагаемом насилии и правонарушителях;
   г) Виды помощи, оказанной непосредственно после предполагаемого насилия.
7. Далее проводится рутинное клиническое обследование подэкспертного с оценкой его физического, неврологического и психического состояния. Также проводится психологическое исследование с изложением результатов психологического тестирования.
8. В разделе «Мотивировочная часть» производится обоснование диагноза(-ов) в соответствии с международной классификацией психических расстройств с перечислением клинических фактов (доказательств) выявленных психических расстройств. Дается оценка того, являются ли полученные психические данные ожидаемыми или типичными реакциями на экстремальный стресс в контексте культурной и социальной среды подэкспертного. Указывается фактическое состояние подэкспертного по отношению к динамике психического расстройства. Устанавливаются параллельно существующие факторы стресса, воздействующие на подэкспертного (продолжающееся преследование, вынужденная миграция, потеря семьи, утрата социальной роли и т.п.) и оказывающие влияние на его психическое состояние.
9. Раздел «Выводы и рекомендации» является частью экспертного заключения, в котором излагаются ответы на вопросы, поставленные перед экспертизой. В данном разделе также устанавливается связь между психическим(-и)

расстройством(-ами) и предполагаемым насилием, а также устанавливается степень соответствия данных психиатрического и психологического обследования сообщению о предполагаемом насилии в соответствии с классификацией, установленной Стамбульским Протоколом:

а) Не соответствует: нарушения не могли быть вызваны описанной травмой;

б) Соответствует: нарушения могли быть вызваны описанной травмой, но присутствует множество других возможных причин;

в) Высоко соответствует: нарушения могли быть вызваны описанной травмой, но присутствует несколько других возможных причин;

г) Практически диагностируется: нарушения не могли быть вызваны другими причинами, кроме заявленной и описанной психической травмы.

10. В последнем разделе эксперту(-ам) необходимо рекомендовать дальнейшее обследование, лечение, реабилитацию или проведение другой экспертизы и т.п.

Заключение подписывается экспертом(-ами).

Приложение 9. Форма отчетности о лицах, обратившихся к врачу в организации/учреждения здравоохранения, отчитывающихся в РМИЦ по поводу насилия (Форма №19)

Число лиц, обратившихся к врачу по поводу насилия

		№ строки	Всего	из них ЛОВЗ		в т.ч. по возрастам (из графы 1.)									
				всего	0-17	0-6	7-14	15-17	18-20	21-30	31-40	41-50	51-57	58 и старше	63 и старше
А	Б	В	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Всего обратились по поводу насилия	м	1													
	ж	2													
из них всего обратились по поводу насилия в семье	м	3													
	ж	4													
в т.ч по поводу: физического насилия в семье	м	3.1													
	ж	4.1													
сексуального насилия в семье	м	3.2													
	ж	4.2													
психического насилия в семье	м	3.3													
	ж	4.3													
оставленные без внимания или заброшен-	м	3.4													
	ж	4.4													
в т.ч. из учреждений системы образования[1],	м	5													

[1] Учреждения системы образования: школы-интернаты, детские дома, вспомогательные школы

пострадавших от должностного лица	**ж**	**6**													
в том числе по поводу: физического насилия	**м**	**5.1**													
	ж	**6.1**													
сексуального насилия	**м**	**5.2**													
	ж	**6.2**													
психического насилия	**м**	**5.3**													
	ж	**6.3**													
из учреждений МВД[1], пострадавших от должностного лица	**м**	**7**													
	ж	**8**													
в том числе по поводу: физического насилия	**м**	**7.1**													
	ж	**8.1**													
сексуального насилия	**м**	**7.2**													
	ж	**8.2**													
из учреждений системы социального развития[2], пострадавших от должностного лица	**м**	**9**													
	ж	**10**													
в том числе по поводу: физического насилия	**м**	**9.1**													
	ж	**10.1**													
сексуального насилия	**м**	**9.2**													
	ж	**10.2**													

[1] Учреждения ОВД: ИВС, Центры профилактики правонарушений (ЦПП) в городах Бишкек и Ош

[2] Учреждения системы социального развития: частные детские дома, психоневрологические интернаты

из учреждений системы здравоохранения[1], пострадавших от должностного лица	м	11																
	ж	12																
в том числе по поводу: физического насилия	м	11.1																
	ж	12.1																
сексуального насилия	м	11.2																
	ж	12.2																
из них обратились по насилию, полученному в прочих учреждениях/ местах	м	13																
	ж	14																
в том числе по поводу: физического насилия	м	13.1																
	ж	14.1																
сексуального насилия	м	13.2																
	ж	14.2																
психического насилия	м	13.3																
	ж	14.3																

[1] Учреждения системы здравоохранения: дома ребенка, психиатрические диспансеры и больницы

Приложение 10. Журнал регистрации лиц, обратившихся по поводу насилия, пыток и жестокого обращения в организации здравоохранения

ДААУнун коду/Код ЛПО **Аталышы**/Наименование **ҮВТнын/ФАПтын коду жана аталышы** Код и наименование ГСВ/ФАП	**№ 087-5/у үлгүсүндөгү медициналык документтер** Медицинская документация Форма № 087-5/у **Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин № 680 Буйругу менен 07.12.2015-ж. бекитилген** Утверждена Приказом Минздрава Кыргызской Республики № 680 от 07.12.2015 г.

Зордук-зомбулук боюнча саламаттык сактоо уюмдарына кайрылгандарды каттоо

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации лиц, обратившихся по поводу насилия/пыток и жестокого обращения в организации здравоохранения

башталды/начат_____

бүттү/окончен_____

№ п/п	Кайрылуу күнү, убактысы Дата и время обращения	Аты-жөнү Фамилия, имя, отчество	Туулган күнү Дата рождения	Жашаган жана катталган жери Адрес места жительства и адрес прописки	Травма алган күнү жана убактысы Дата и время получения травмы	Зордук-зомбулуктун алуу жагдайлары Обстоятельства получения травмы	Зордук-зомбулуктун жасалган жери Место совершения насилия	Зордук-зомбулукту жасаган болжолдуу адамдын аты-жөнү Ф.И.О. лица, предположительно совершившего насилие
1	2	3	4	5	6	7	8	9

* Сексуалдык зордук-зомбулук – 1; Сексуальное насилие - 1;
физикалык зордук-зомбулук – 2; физическое насилие - 2;
психикалык зордук-зомбулук – 3; психическое насилие - 3;
көңүл бурулбай же кароосуз калгандар - 4 оставление без внимания или заброшенные - 4.

***Үй-бүлөө/мекемеде кызмат адамы тарабынан жабыр тарты ***Пострадал от насилия в семье/должностного лица учреждении	*Зордук-зомбулуктун түрү *Вид насилия	**Саламаттык сактоо уюмдарына кайрылуу **Обращение в ОЗ	Болжолдуу диагноз Предварительный диагноз	Саламаттык сактоо уюмуна кайрылганан кийин 24 сааттын ичинде зордук-зомбулук, кыйноолор жонүндө укук коргоо органдарын маалымдоо Информирование о факте насилия/пыток уполномоченных органов в течение 24-х часов после обращения в ОЗ											
				Зордук-зомбулук жонүндө маалымат берген медициналык кызматкердин аты-жөнү Күнү жана убактысы Ф.И.О. медицинского работника, переславшего информацию о насилии. Дата и время		Зордук-зомбулук жонүндө маалымат алган мекеменин атальшы Название учреждения, куда передана информация о предполагаемом насилии		Болжолдуу зордук-зомбулук жонүндө маалымат алган кызматкердин аты-жөнү Күнү жана убактысы Ф.И.О. должность лица, принявшего информацию о предполагаемом насилии. Дата и время		Билдирме бланкынын/ Маалымкаттын номери Номер бланка извещения/ справки	
10	11	12	13	14		15		16		17	

****Алгачкы – 1; кайрадан кайрылуу – 2. ***Жабыр тартты: үй-бүлөдө – 1; кызмат адамы тарабынан билим берүү мекемелериде – 2; ИИБ – 3; социалдык өнүктүрүү системасынын мекемелериде – 4; саламаттык сактоо уюмдарында – 5; ЖАМК– 6; Куралдуу күчтөрдөн – 7; БКМК– 8; УКМК – 9; Жеке үйлөрдө (приюттарда) – 10; Диний билим берүү мекемелериде – 11; Башка мекемелерде/жайларда – 12**
** Первичное - 1; повторное - 2. *** Пострадал от насилия полученного: в семье - 1, от должностного лица в учреждениях образования - 2;ОВД - 3; социального развития - 4; здравоохранения - 5; ГСИН - 6; Вооруженных сил - 7; ГСКН - 8, ГКНБ - 9; частных домах (приютах) -10; религиозных учебных заведениях - 11; прочих учреждениях / местах - 12.

Приложение 11. Инструкция по заполнению журнала регистрации лиц, обратившихся по поводу насилия в организации здравоохранения

Журнал регистрации лиц, обратившихся в организации здравоохранения по поводу насилия, пыток и жестокого обращения (учетная форма 087-5/у, в дальнейшем Журнал) заполняется медицинскими работниками государственных, муниципальных организаций здравоохранения, ведомственных медицинских, медико-санитарных служб, физическими и юридическими лицами, оказывающими частные медицинские услуги, а именно, специалистами в приемном отделении стационара, врачами ЦСМ, ГСВ, ЦОВП, фельдшером или медицинской сестрой на ФАП, врачом или фельдшером центра (отделения) экстренной и неотложной медицинской помощи, врачом бюро (отделения) судебно-медицинской экспертизы, медработником медицинской службы других министерств и ведомств (по согласованию), после проведения медицинского осмотра и обследования при каждом:

1. обращении (поступлении) пациента с жалобами на применение насилия, пыток и жестокого обращения;
2. поступлении в соответствии с положениями закона (направление/ходатайство) –водворении лиц, в установленном законом порядке в места лишения и ограничения свободы, их переводе в другое место лишения и ограничения свободы; при причинении физических и психических страданий во время нахождения лица в местах лишения и ограничения свободы, в распоряжении правоохранительных органов или участия в событиях, сопровождающихся вмешательством сотрудников правоохранительных органов.
3. при выявлении следов телесных повреждений при плановом медицинском осмотре, при осмотре во время обращения по поводу заболевания

Назначение Журнала.

1. Регистрация лиц, обратившихся по поводу насилия в организации здравоохранения.
2. Учет фактов насилия по видам, месту и обстоятельству совершения насилия.
3. Составление медико-статистических отчетов.

Журнал заполняется врачом, фельдшером, медицинской сестрой, оказывавшими помощь лицам, обратившимся по поводу насилия.

Сведения в Журнале являются конфиденциальными. Для обеспечения конфиденциальности в каждой организации здравоохранения принимаются внутренние процедуры по определению ответственных лиц за сохранность и правильное ведение Журнала.

Журнал заполняется ручкой, разборчиво, сокращения не допускаются.

В графе 1 – указывается порядковый номер записи

В графе 2 – указывается дата обращения лица, обратившегося по поводу насилия.

В графе 3 – указываются полностью сведения о фамилии, имени, отчестве пострадавшего.

В графе 4 – указывается дата рождения пострадавшего.

В графе 5 – отражаются подробные сведения о месте прописки и жительстве (населенный пункт проживания пострадавшего, название улицы, номер дома и квартиры, телефон).

В графе 6 – указывается дата и время получения травмы.

В графе 7 – кратко описываются известные сведения об обстоятельствах получения насилия (кем подвергнут(а) насилию, пол и возраст, причинившего насилие, характер насилия, причина насилия, и т.д.), вносится специальная отметка красными чернилами о факте насилия, пыток и жестокого обращения, произошедшего во время чрезвычайной ситуации.

В графе 8 – отражаются сведения о месте совершения насилия.

В графе 9 – вносятся сведения со слов пострадавшего о лице, предположительно совершившем насилие.

В графе 10 – цифрами отмечаются сведения о том, от кого и в учреждениях какой системы пострадали от насилия:

- в семье – 1;

  от должностного лица в:
- в учреждениях образования – 2 (школьные, детские сады, спецшколы для детей и подростков, школы-интернаты, детские дома, вспомогательные школы);
- ОВД – 3 (Изоляторы временного содержания (ИВС), Центры профилактики правонарушений (ЦПП) в городах Бишкек и Ош;
- в учреждениях системы социального развития – 4 (психоневрологические интернаты, приюты, детские центры и др.);
- в организациях системы здравоохранения – 5 (дома ребенка, психиатрические больницы);
- ГСИН – 6;
- Вооруженных сил – 7;
- ГСКН – 8;
- ГКНБ – 9;
- в частных домах (приютах) – 10;
- в религиозных учебных заведениях – 11;
- в прочих учреждениях/местах – 12.

В графе 11 – отражаются сведения о виде насилия цифрами (сексуальное – 1, физическое – 2, психическое – 3, оставление без внимания или заброшенные – 4).

В графе 12 – делается отметка цифрами о первичном (1) или повторном (2) обращении за медицинской помощью.

В графе 13 – отражаются сведения о предварительном медицинском диагнозе в соответствии МКБ-10 пересмотра.

В графе 14 – указываются фамилия, имя, отчество медицинского работника, передавшего информацию о насилии.

В графах 15-16 – указывается наименование учреждения, дата, место, куда была передана информация о предполагаемом насилии, а также фамилия и должность лица, принявшего информацию (прокуратура, МВД, организация здравоохранения, образования, социальной защиты, кризисный центр и др.).

В графе 17 – фиксируется номер Бланка извещения.

Журнал должен быть пронумерован, прошнурован. После обработки Журнал хранится у должностного лица, ответственного за передачу Формы медицинского освидетельствования в ОВД и прокуратуру. По окончанию Журнал хранится в течение 25 лет в Архиве медицинской организации.

Приложение 12. Обзор методов пыток, жестокого обращения и других форм насилия

Подумайте о том, чтобы задать дополнительные прямые вопросы, относящиеся к возможности применения дополнительных методов пыток и недопустимого обращения; проверьте все, что касается пациента из объясняемых ниже пунктов.

- Избиение (дубинкой, удар кулаком, удар ладонью, удар ногой, удары плетью, прикладом оружия прутьями, дубинкой, падение и соударение и др.).
- Избиения по определенным участкам тела предметами, не оставляющими физических следов, например: пластиковыми бутылками, наполненными водой или песком, по пяткам, книгами по голове и т.д.
- Удержание человека в неестественных позах (позиционные пытки) подвешивание, растягивание ног (рук) в стороны, длительное ограничение движений, принудительное позиционирование, связывание веревкой или цепью, помещение в малое пространство (например, в коробку или под стул), принудительное стояние, лежание или стояние на коленях в неудобном положении, незаконное использование наручников, например: приковывание человека к горячей батарее или удержание в подвешенном состоянии.
- Подвергание экстремальным температурам: принуждение находиться на жаре, солнце, под дождем, окунание тела, принуждение находиться на холоде, сидеть на льду и т.д.
- Ожоги: сигареты, раскаленный металл, кипящая вода или другая жидкость, едкое вещество и т.д.
- Применение электрического тока (уточнить локализацию).
- Асфиксия: влажный и сухой методы, окунание в жидкости, лишение воздуха, зажатие рта и носа, удушение пластиковыми пакетами или противогазами с перекрытыми клапанами для доступа воздуха или с применением токсических средств и т.д.
- Повреждения с размозжением тканей: раздробление пальцев, применение тяжелого катка к бедрам, спине и т.д.
- Проникающие ранения: колотые и огнестрельные раны, проволока/иголки под ногти пальцев рук, ног, в чувствительные точки на теле и т.д.
- Применение раздражающих и химических препаратов: бензин, соль, острый перец и т.п. (в раны, полости тела).
- Пытки сексуального характера – угрозы применения или применение сексуального насилия: приставания, принуждение к раздеванию, принудительная нагота, изнасилования, унижающие достоинство половые акты, подвергание пыткам половых органов, сексуальные пытки с применением различных инструментов и т.д.
- Травматическое удаление пальцев или конечностей; нанесение увечий (выдергивание ногтей, ампутация пальцев или конечностей, ампутация уха, лишение зрения, срезывание кожи и др. тканей, хирургическое удаление органов и др.).
- Фармакологические пытки посредством наркотических, психотропных и др. препаратов, принудительный прием лекарств, инъекции.
- Использование зависимого или болезненного состояния человека.

- Недостатки в условиях содержания:
  - Антисанитарные условия;
  - Маленькая или переполненная камера;
  - Зараженная пища или еда;
  - Отказ в личном пространстве;
  - Запреты на омовение или молитву и др.
- Сенсорная депривация:
  - Завязывание глаз или закрывание колпаком;
  - Длительная изоляция;
  - Постоянный яркий свет или отсутствие света;
  - Постоянный шум.
  - Лишение сна.
  - Лишение, ограничение пищи и воды.
  - Лишение доступа в туалет.
  - Лишение, ограничение двигательной активности.
  - Лишение медицинской помощи.
  - Содержание в одиночной камере (изоляция).
- Унижения: словесные оскорбления, оскорбительные действия.
- Угрозы: смерти, инсценировка казни, угроза причинения вреда семье или друзьям, угроза продолжения пыток и/или заключения.
- Натравливание животных, таких как собаки, крысы или скорпионы.
- Принуждение к действиям, противоречащим религии человека.
  - Поведенческое принуждение.
  - Принуждение к нанесению себе вреда посредством ударов или других действий.
  - Принуждение к нанесению вреда другим людям, например, пытки или издевательства над другими.
  - Принуждение к предательству, что приводит к риску для предаваемого человека.
  - Принуждение к даче признательных показаний или к письменному признанию вины.
  - Принуждение быть свидетелем пыток или издевательств над другими людьми.

Приложение 13. Морфологические особенности и принципы описания телесных повреждений

Судебно-медицинский эксперт и врач-клиницист должны в совершенстве владеть умением описания повреждений с целью объективизации диагноза, решения вопросов об орудии, механизме и давности травмы.

Общие положения

Под телесными повреждениями следует понимать любое нарушение анатомической целости или физиологической функции органов, тканей и систем организма, вызванное механическими, термическими, химическими, инфекционными, психическими и другими факторами.

При судебно-медицинской экспертизе по поводу телесных, повреждений в обязательном порядке должно быть отражено:

- характер повреждения (диагноз) – ссадина, кровоподтек, рана, вывих, перелом кости, отрыв, разрыв, размозжение и т. д.; их локализация и свойства;
- вид орудия или средства, которыми могли быть причинены повреждения;
- механизм возникновения повреждений;
- давность (срок) причинения повреждений;
- степень тяжести телесных повреждений с указанием квалифицирующего признака.

Механические повреждения возникают от действия орудия (оружия) по отношению к человеку, а так же перемещения самого человека с последующим соприкосновением (соударением) с неподвижным предметом (травмирующей поверхностью, орудием, оружием).

Существуют три основных разновидности механических повреждений – тупые, острые, огнестрельные.

Тупое орудие может обусловить возникновение повреждений как функционального, так и анатомического характера. К последним относятся ссадины, кровоподтеки, ушибленные и укушенные раны, вывихи, переломы костей, разрывы, размозжения и отрывы внутренних органов.

При воздействии острого предмета (орудия) возникают резаные, колотые, колоторезаные, рубленые повреждения.

В результате действия огнестрельного оружия имеют место соответствующие специфические повреждения.

Относительно каждого из указанных повреждений, при описании их в медицинской или судебно-медицинской документации, врачу (клиницисту или судебному медику) следует наиболее полно и объективно отметить характерные признаки и особенности. К их числу относятся:

- **Вид.** Медицинское определение повреждения (рана, ссадина, кровоподтек, перелом, вывих, разрыв, размозжение, отчленение и т. д.);
- **Локализация.** Кроме указания области тела, в которой расположено повреждение (например, «на передней поверхности левой половины грудной клетки»), следует отметить расстояние от повреждения до ближайших известных анатомических

точек по системе прямоугольных координат (например, «на расстоянии 5,0 см вниз от нижнего края ключицы и 7,0 см влево от края грудины»).

- В некоторых случаях, в частности, при огнестрельных, колото-резаных и колотых ранениях, при транспортных происшествиях и т. д., когда обычно возникает вопрос о механизме травмы, надлежит определить высоту расположения повреждений от уровня подошвенной поверхности соответствующей стопы;
- **Направление**. Необходимо указать на положение длинника повреждения относительно продольной оси тела (желательно определить угол отклонения в градусах) – вертикальное, косое, горизонтальное, в двух направлениях и т. д. Целесообразно некоторые повреждения ориентировать и по циферблату часов (с центром в срединной точке про света).
- **Форма.** Применительно к геометрическим фигурам (например, «кровоподтек неправильноовальной формы», «прямолинейная царапина» и т.д.) или общеизвестным параметрам (например, «рана трехлучевой формы», «полулунной формы ссадина» и т. д.).
- **Цвет** с указанием как основного фона, так и оттенков (например, «кровоподтек красно-фиолетового цвета в центре и желто-зеленого по периферии»).
- **Размеры.** Даются длина и ширина повреждений в сантиметрах или миллиметрах. Не допускается определение размеров на глаз и сравнение с величиной каких-либо предметов (например, с монетой, горошиной, яйцом и т. д.). При колото-резаных, резаных и рубленых ранениях не образуется дефекта ткани и поэтому повреждения имеют лишь один размер – длину, измеряемую при соединении краев. Второй размер, оши-бочно принимаемый за ширину, характеризует степень зияния раны, обусловленную расположением эластических волокон в данной области тела;
- **Состояние краев** ран (ровные, неровные, с мелкими или крупными лоскутами, с зазубринами, с перемычками; припухлость, кровоизлияние, осаднение в окружности, их расположение и характер);
- **Состояние концов** ран (остроугольные, закругленные, «Т»-образные, с насечками и царапинами; ссадина и кровоизлияние в окружности);
- **Дно** (влажное, подсыхающее, покрыто корочкой – выше, ниже пли на уровне кожи, цвет);
- **Специфические наложения и загрязнения** (плотно приставшие или отпадающие корочки гноя, крови, межтканевой жидкости, их расположение по отношению к окружающей коже; экзогенные загрязнения, копоть, несгоревшие зерна пороха, смазочные масла, красящие вещества, земля, песок, ржавчина и т. д., их расположение и характер).

Следует отметить и еще одно важное обстоятельство: необходимо указывать точное количество повреждений того или иного вида у потерпевшего. Недопустим такой счет, как «множество», «не поддающиеся счету», «единичные» и т. д.; требуется четко называть количество ссадин, кровоподтеков, ран и т. д.

При судебно-медицинской экспертизе живых лиц поступивших с повреждениями в стационар, при наличии повреждений одежды необходим их тщательный осмотр и описание.

При этом одежда должна быть описана, упакована в пакет из вощеной бумаги и отмаркирована с указанием полных данных о больном и номера истории болезни. Одежда должна быть выдана сотрудникам правоохранительной службы под расписку, которая приобщается к истории болезни.

Повреждения и характерные загрязнения на одежде принимаются во внимание при разрешении многих вопросов, возникающих в экспертной практике:

- когда повреждения (например, раны на теле) хирургически обработаны и не содержат информации, необходимой для суждения об особенностях орудия травмы, либо раны находятся в той или иной степени заживления, а описание первоначального вида повреждения в истории болезни недостаточно полно;
- при огнестрельных ранениях, причиненных через одежду, на последней остаются следы выстрела с близкого расстояния (так называемые побочные продукты – пламя, газы, копоть, несгоревшие зерна пороха), в то время как в области входного отверстия на коже они могут отсутствовать; в таких случаях суждение о расстоянии выстрела может быть высказано только после исследования одежды;
- при электротравме, когда на одежде можно выявить следы металла электропроводника.

Аналогично повреждениям на теле, при осмотре одежды подробно отмечаются характер, локализация, форма, размеры и прочие особенности разрезов, разрывов, дефектов, а также характерных загрязнений и других следов. При определении расположения повреждения измеряют расстояние до него от определенных частей одежды – швов, краев, бортов и т. п. (по системе прямоугольных координат). На разных предметах одежды желательно пользоваться одинаковыми опознавательными точками.

Морфологические особенности механических повреждений Описания телесных повреждений

1. Повреждение тупым орудием

Тупое орудие обычно сдавливает ткани и органы. При не большом по силе воздействии следов может и не остаться. По мере нарастания давления тупое орудие начинает раздавливать, разрывать и смещать ткани, особенно при расположении их на твердой основе (костях). В случаях сохранения целости кожных покровов (кожа в определенной степени относительно устойчива к сдавлению и растяжению) может наблюдаться только разрыв подкожных сосудов, при этом возникает кровоподтек. Если кожа, подкожная клетчатка и подлежащие ткани разрываются, то образуется рана. Увеличение нагрузки приводит к повреждениям внутренних органов и костей, вплоть до разрывов, размозжения и отрывов.

а) Ссадина.

Наличие ссадин свидетельствует о внешнем насилии, т.к. в отличии от некоторых повреждений (кровоподтеков и кровоизлияний) они самопроизвольно не возникают. Ссадина – нарушение целости поверхностного слоя кожи, захватывающее эпидермис и нередко прилежащую часть кожи до сосочкового слоя. При этом эпидермис в месте повреждения отслаивается и часто отсутствует. При повреждении только эпидермиса возникает поверхностная ссадина, а при повреждении и эпидер-

миса, и кориума образуется глубокая ссадина, которая может даже сопровождаться кровотечением из поврежденных сосудов. Последнее обстоятельство нередко затрудняет дифференциацию между ссадиной и раной. Необходимо помнить, что после заживления последней всегда образуется рубец, который никогда не возникает на месте зажившей ссадины. Следует отметить и еще одно обстоятельство: ссадины часто имеют место по краям ушибленных ран.

Как уже отмечено, на участке с ссадиной эпидермис отсутствует частично или весь с прилежащим слоем кориума. Поэтому вначале дно ссадины всегда ниже уровня окружающей неповрежденной кожи. Затем на месте ссадины образуется корочка, как правило – сухая, буроватая.

Форма ссадин бывает самой разнообразной: полулунная, овальная, круглая, неправильно-прямоугольная, звездчатая и т. д.

В течении ссадины отмечаются четыре стадии, знание которых позволяет установить давность происхождения ее:

- примерно до 12 часов после причинения травмы: дно ссадины ниже уровня неповрежденной кожи, поверхность вначале слегка влажная, при глубоких ссадинах с наслоением постепенно подсыхающей крови;
- с 12 до 24 часов (изредка до 48 часов): подсохшее, буроватое с красноватым оттенком дно ссадины начинает, как бы расти. Его уровень сравнивается с окружающей кожей, затем становится выше. Получается типичная корочка, характерная для прижизненной ссадины;
- в конце 1-х и в начале 2-х суток корочка становится на уровне и выше уровня неповрежденной кожи.
- с 3 дня выше уровня кожи: корочка с 3-4 дня может начать отслаиваться по периферии, а на 7-12 день отпадает;
- от 7 до 15 дня, изредка больше. Поверхность на месте отпавшей корочки при глубокой ссадине вначале розовая и гладкая, постепенно приближается по внешнему виду к соседним участкам кожи, и всякий след бывшей ссадины постепенно исчезает.

Ссадины видимых слизистых оболочек также заживают под корочкой. На смачиваемых слизистых оболочках корочка не образуется. Поврежденный эпителий удаляется в вид белых пленок. На этом месте остается постепенно зарастающая язва слизистой оболочки (Н.В. Попов 1946 г.).

Алгоритм описания ссадин

1. Локализация: область и поверхность тела, расстояние от срединной линии и/или ближайшего костного образования.
2. Форма: в сравнении с геометрическими фигурами.
3. Размеры: длина и ширина, ориентация большего размера по циферблату часов (по соотношению длины и ширины возможно определение угла воздействия).
4. Состояние краев: свойства краев начала (пологий, ступенчатый) и окончания (обрывистый, подрытый), свойства «боковых» краев (ровные, неровные, выраженность – четкая, нечеткая), наличие и направление чешуек слущенного эпидермиса.
5. Состояние дна: цвет, степень подсыхания, западение по отношению к окружающей

неповрежденной коже.

6. Признаки заживления: наличие кольца гиперемии (геморрагического венчика), наличие и цвет корочки, степень ее приподнимания, наличие и степень отслоения корочки.

Средние сроки заживления:

- 1 ч – поверхность влажная красного цвета, западающая;
- 6 ч – подсыхающая, влажная и западающая;
- 12 ч – подсохшая, буровато-красная, западающая;
- 1 сутки – сухая, буро-красная, на уровне кожи;
- 2 сутки – плотная буро-красная корочка, может быть чуть выше уровня кожи;
- 3-5 сутки – плотная, бурая корочка, выше уровня кожи, отслаивающаяся;
- 7-10 сутки – отпадающая бурая и плотная корочка;
- 10-15 сутки – на месте ссадины розовое или синюшное пятно.

б) Кровоподтек

Кровоподтеки образуются при перпендикулярном под углом 90 градусов или близком к нему воздействии тупого твердого предмета(удара или сдавления), при котором кожа, подкожно-жировой слой, мышцы прижимаются к подлежащим костям и испытывают деформацию сжатия. Далее происходит деформация растяжения капилляров, разрыв сосудов, изливающаяся кровь проникает в окружающие ткани и пропитывает их, образуя кровоизлияния. Кровоизлияния в зависимости от расположения и величины принято разделять на:

- петехии – мелкие точечные, круглые кровоизлияния;
- экхимозы – мелкие неопределенной формы кровоизлияния;
- собственно кровоподтеки-скопления крови в мягких тканях: в коже, в подкожной клетчатке, под слизистыми и серозными оболочками:
- гематомы – более массивные скопления крови с образованием карманов полостей, приподнимающие или разделяющие слои тканей: между кожей и апоневрозом, между мышцами, внутричерепные кровоизлияния.
- Кровоподтеки бывают поверхностными и глубокими. Первые обычно располагаются в подкожной клетчатке.

Просвечивая через кожу, кровоподтеки вначале придают ей то слабый, то выраженный багрово-синий цвета. Если кровоподтек локализуется в кориуме, то цвет кровоподтека багровый. В зависимости от количества крови в месте окраски может быть припухлость, уплотнение и боль при пальпации.

Поверхностные кровоподтеки, особенно в рыхлой клетчатке, куда кровь легко изливается, заметны уже через 20-30 минут, причем их интенсивность и площадь нарастают, пока изливается кровь.

Вначале (первые 2-3 дня) глубокие кровоподтеки могут не определяться. Однако кра-сящее вещество крови диффундирует и позже окрашивает кожу чаще сразу в зеленоватый или желтый цвет.

Форма кровоподтека от различных орудий чаще всего бывает овальной. Это объясняется тем, что давление излившейся крови во всех направлениях одинаково, а со-

противление окружающих тканей неравномерно, всегда меньше по ходу основ ной массы тканевых клеток и волокон и больше в поперечном направлении. Изредка кровоподтек может отчетливо воспроизводить форму ударяющей поверхности (пряжка ремня, кольцо железной цепи и т. д.).

Начальный цвет кожи от просвечивания излившейся крови багрово-синий; со временем цвет меняется: кровоподтек, как говорится, «цветет».

Наиболее типичен переход первоначального сине-багрового цвета кровоподтека в зеленый, зеленого в желтый, а желтый, постепенно ослабевая, исчезает.

Однако кровоподтеки (кровоизлияния) на слизистой век, в белочной оболочке глаз, на слизистой губ не меняют цвета, их багрово-красноватая окраска бледнеет и исчезают. Однако иногда возможно и «цветение» кровоподтеков, когда они приобретают желтоватый оттенок.

На месте кровоподтека обычно следов не остается, но иногда на какое-то время сохраняется буроватая пигментация.

«Цветение» кровоподтека зависит от изменений пигмента крови. Излившаяся кровь быстро свертывается, отделившая сыворотка всасывается. В зависимости от распада гемоглобина сине-багровый цвет кровоподтека может переходить в зеленый, если доминирует образование биливердина, и в желтый, если образуется билирубин. Сине-багровый цвет кровоподтека полностью переходит в зеленый обычно на 4-8 дни от момента происшествия, а затем спустя еще 5-7 дней – в желтый, после чего постепенно исчезает.

Описание кровоподтеков

1. Локализация: область и поверхность тела, расстояние от срединной линии и/или костного образования, от подошвенной поверхности стоп (при транспортной травме).
2. Форма: в сравнении с геометрическими фигурами (помнить о возможности образования «штампованных» кровоподтеков).
3. Размеры: длина и ширина, ориентация большего размера по циферблату часов.
4. Наличие и степень припухлости-выбухания (за счет отека, скопления крови).
5. Наличие осаднения на поверхности.
6. Состояние границ (четкие, нечеткие).
7. Цвет: общий или раздельно в центральной части и по периферии.

Характер и сроки смены цвета кровоподтека

- В первые 2-4 часа – багрово-красный цвет (придает излившаяся из сосудов кровь, содержащая оксигемоглобин), в основном с припухлостью тканей.
- В следующие 6-12 часов – темно-красный с синеватым оттенком (оксигемоглобин переходит в восстановленный за счет поглощения кислорода окружающими тканями).
- В конце первых суток присоединяется фиолетовый оттенок (восстановленный гемоглобин переходит в метгемоглобин).
- В конце 2-х- начале 3-х суток присоединяется зеленоватое окрашивание по краям (за счет образования вердохемохромогена и биливердина).
- 3-7 дней (иногда может сохраняться до 10 дней) – зеленый (вердохромаген, биливердин).

- к концу недели – до 10 суток: в центральной части сохраняется синяя окраска, в средней зоне – зеленоватая, по периферии желтоватое, желтовато-коричневое окрашивание (за счет образования билирубина и гемосидерина).
- На 10-15 сутки желтая окраска, постепенно исчезает.

Указанные сроки являются «усредненными», их колебания зависят от многих факторов количества излившейся крови, локализации кровоизлияния, общего состояния организма, возраста, применяемого лечения, а также сопутствующих заболеваний.

в) Раны.

Рана – это повреждение кожных покровов и видимых слизистых, проникающее в подкожно-жировую (или подслизистую) клетчатку и глубже. В отличие от ссадин, как уже было отмечено, раны заживают с образованием рубца.

Раны (ушибленные, рваные, рвано-ушибленные) имеют весьма характерные края, концы и раневую поверхность.

Так, эпидермис по краям на большем или меньшем протяжении частично или весь отсутствует, линия такого осаднения неровная. Края раны, то есть кожа с подкожной клетчаткой, а подчас и мышцы, неровные, размозженные, пропитаны кровью, иногда отслоены от подлежащих костей или фасций. Концы ран могут носить чрезвычайно разнообразный характер, зачастую они неопределенного вида, иногда могут быть остроугольными. Дно раны неровное. В окружности раны, как правило, имеется значительный кровоподтек. Между краями, особенно в области концов, как правило, обнаруживаются тонкие, нитевидные перемычки, образуемые наиболее устойчивыми элементами подлежащих тканей, чаще пучками соединительнотканных волокон.

Ушибленные раны могут образоваться на любом участке поверхности тела, но чаще всего там. где к коже наиболее близко прилежит кость. От действия предметов с неограниченной поверхностью образуются ушибленные раны, окруженные широким сплошным осаднением.

Описание ушибленной раны.

1. Локализация: область и поверхность тела, расстояние от срединной линии и/или ближайшего костного образования.
2. Форма: прямолинейная, дугообразная, звездчатая и др.
3. Направление по отношению к циферблату часов.
4. Размеры: длина при сведенных краях, степень зияния, при выраженном размозжении – ширина, глубина (дно – подлежащая кость или мягкие ткани)
5. Края: ровные, относительно ровные, неровные, мелкозубчатые, кровоподтечность, (истонченность) по краям.
6. Осаднения по краям, ширина (по которым можно судить о угле воздействия): локализация (в центральной части, на всем протяжении), узкая полоска, широкая полоса.
7. Концы: заостренные (визуально), тупые, с дополнительными короткими надрывами (их длина и направление).
8. Дополнительные надрывы от краев: их длина, ориентация, глубина.
9. Стенки: отвесные, не отвесные (одна пологая, другая нависает), кровоизлияния в

стенках (и в подлежащих тканях).

10. Характер дна (мягкие ткани, поврежденная и неповрежденная кость).
11. Макроинородные включения: наличие (или отсутствие), их характер и локализация.

г) Повреждения костей.

Повреждения костей в результате действия тупого орудия представляются в виде неполных (трещин) и полных, закрытых и открытых, простых и осложненных, многооскольчатых переломов. При повреждении костей черепа следует отметить следующие особенности: если удар наносится перпендикуляр но, образуется перелом в виде трещин, равномерно расходящихся по радиусам. Если удар наносится под углом в определенном направлении, то оно доминирует среди отходящих трещин.

При значительной силе удара тупого предмета с небольшой поверхностью (в 9-16 $см^2$) выбивается или вдавливается в костях черепа соответствующий участок, воспроизводящий в общем форму и размеры соударяющей поверхности. Переломы черепа в отдалении от места травмы возникают при действии большой силы и наличии широкой ударяющей поверхности вследствие изменения конфигурации черепа.

При неправомерном углублении тупогранного орудия возникают террасовидные переломы, при этом вдавление в костях черепа образует наклон, иногда состоящий из двух-трех возвышающихся одна над другой ступенек, образующих «лестницу». Ступенчатые вдавления указывают на действие тупого предмета под углом.

Перелом:

1. Локализация: название кости, костей или части костного комплекса; расстояние от срединной линии, от ближайшего костного образования или ближайшего костного шва
2. Вид перелома: по плоскости (поперечный, косопоперечный, косой, винтообразный), по характеру (оскольчатый, безоскольчатый, фрагментарный, оскольчато-фрагментарный), смещение отломков (по ширине, длине и под углом).

2. Повреждения острым орудием

Как известно, к острым предметам относятся: режущие (бритва, нож, осколок стекла, топор и т. д.), колющие (шило, вилка, вилы, гвоздь, спица и т. д.), рубящие (топор, мотыга, шашка, сабля, лопата и т. д.), колюще-режущие (нож, кинжал, осколок стекла и т. д.) орудия.

Острое орудие – предмет с острым лезвием или острым концом; возможны орудия, у которых имеется острое лезвие и острие. При воздействии таких предметов возникают резаные, рубленые, колотые и колото-резаные повреждения.

а) Резаная рана

Для резаной раны весьма характерны прямолинейная или дугообразная формы. Как правило, повреждение зияет, имея, при этом, веретенообразную форму. Лишь при сближении краев рана приобретает истинную (первоначальную) форму и размеры. Края резаных ран ровные. Ровная поверхность присуща и для боковых стенок ран. Она хорошо заметна на протяжении мышц, сосудов и хрящей, когда они попадают в раз рез. Длина резаных ран, как правило, превышает ширину и глубину, а поперечное сечение имеет форму клина (при зиянии раны) или прямолинейной щели (если края сближены).

Концы повреждения – остроугольные, иногда от конца раны, чаще там, где заканчивается разрез, отходит тонкий надрез.

Глубина же ранения не одинакова на протяжении: она уменьшается соответственно направлению извлечения лезвия из ткани.

Описание резаной раны

1. Локализация: область и поверхность тела, расстояние от срединной линии и/или от ближайшего костного образования.
2. Форма: прямолинейная, дугообразная, волнистая и др.
3. Направление по отношению к циферблату часов.
4. Размеры: длина при сведенных краях, степень зияния, глубина по третям.
5. Края: ровные, неровные.
6. Осаднения по краям (есть, нет), ширина.
7. Концы: острые, поверхностные надрезы по концам, их длина, царапина (обычно отходит от конечной части).
8. Стенки: отвесные, не отвесные (одна пологая, другая нависает), ровные или ступенеобразные, кровоизлияния в стенках (в подлежащих тканях).
9. Дополнительные надрезы: локализация, длина, направление.
10. Повреждения подлежащих тканей или органов (хрящи, сосуды). Повреждение подлежащей кости: насечка, ее длина.

б) Рубленая рана

Рубленые раны обычно захватывают не только мягкие ткани, но и подлежащие кости. Эти повреждения, как и резаные раны, прямолинейные или дугообразные, зияют вследствие расхождения краев, последние обычно ровные и гладкие, форма концов зависит от действовавшей части рубящего орудия (топора, колуна, секиры и т. д.), и могут быть остроугольными, «Т», «М» – образными. Лезвие рубящего орудия, внедряясь в кость, действует как клин. Если лезвие проникает глубоко, а его поперечное сечение по мере углубления значительно нарастает, то в области концов разруба возникают трещины, по краям – надломы, а при повторных ударах – оскольчатые переломы, напоминающие повреждения тупым орудием.

Описание рубленной раны:

1. Локализация: область и поверхность тела, расстояние от срединной линии тела и/или ближайшего костного образования.
2. Форма: прямолинейная, дугообразная, неправильно-треугольная и т.п.
3. Направление по отношению к циферблату часов.
4. Размеры: длина при сведенных краях, степень зияния.
5. Концы: острые, один острый, второй тупой (П-образный); оба тупые (П-образные), дополнительные насечки, надрывы (их длина и направление).
6. Осаднение по краям и концам: наличие, ширина по обоим краям.
7. Наличие (или отсутствие) тканевых перемычек в области тупого конца.
8. Стенки: отвесные, не отвесные (одна пологая, другая нависает) кровоизлияния в стенках и подлежащих тканях.

9. Характер дна (мягкие ткани, поврежденная или неповрежденная кость).
10. При воздействии тупого «лезвия» возможны разной степени размозжение мягких тканей и тканевые перемычки.
11. Повреждение подлежащих костей (например, черепа)

- Насечка: форма – прямолинейная, треугольная; длина; края – ровные, неровные; концы – оба острые, один острый, другой тупой (П-образный, наличие здесь дефекта костной ткани); отходящие от концов трещины (направление по отношению к циферблату часов); дефект костной ткани по одному из краев (воздействие под углом). Множественные поверхностные насечки (при попытках самоубийства).

в) Колотая рана

Колотые повреждения имеют рану от вкола и раневой канал, идущий вглубь; изредка бывает и выходное отверстие. Характер колотых ран на коже определяется той частью повреждающего предмета, которая непосредственно следует за острым концом. При действии цилиндроконического предмета за счет эластических свойств кожи образуется щелевидная рана с концами, похожими на остроугольные, иногда повреждение может быть по краям осаднено. В плоских костях остро коническое орудие обуславливает возникновение отверстия, форма и размеры которого воспроизводят поперечное сечение травмирующего предмета.

Вид кожной раны от остро конического орудия с гранями определяется последним, так как к расщепляющему действию конуса (цилиндра) присоединяются разрезы тканей острыми ребрами, вследствие чего образуются звездчатые раны, чаще трех- и четырёх лучевой формы.

Описание входной раны:

1. Локализация: область и поверхность тела, расстояние от срединной линии тела (или конечности) и/или ближайшего костного образования, от подошвенной поверхности стопы.
2. Форма: щелевидная, овальная, звездчатая (количество лучей).
3. Направление (в том числе направление лучей звездчатой раны) по отношению к циферблату часов.
4. Размеры: длина при сведенных краях (длина лучей).
5. Края: ровные, неровные.
6. Концы: заостренные (визуально), тупые.
7. Осаднение вокруг: ширина по краям.
8. Стенки: отвесные, неотвесные (одна пологая, другая нависает), кровоизлияния.

Раневой канал – действия те же, что и при колото-резаном ранении.

г) Колото-резаная рана.

Проникая в ткани, колюще-режущее орудие (ножи и кинжалы) прокалывает и разрезает их, при этом образуется колото-резаное повреждение, имеющее рану на месте вкола и идущий вглубь канал. Рана имеет ровные края и остроугольные концы (при действии кинжала) «М», «Т-образные, закругленные и остроугольные (при действии ножа) концы. Как правило, рана представляет собой ломаную линию в виде тупого угла, образованного за счет основного (в результате погружения

вкола) и дополнительного (при извлечении клинка) разрезов. По длине основного разреза судят о наибольшей ширине клинка орудия на протяжении погрузившейся части до уровня погружения. В колото-резаной кожной ране – один размер (длина), определяемый при смыкании краев. При действии ножа часть кожной раны, примыкающей к обушковому концу, является основным размером. В таком случае необходимо лишь указать размеры (длину основного и дополнительных разрезов, глубину раневого канала).

Описание колото-резанной раны

Входная рана

1. Локализация: область и поверхность тела, расстояние от срединной линии тела (или конечности) и/или ближайшего костного образования, от подошвенной поверхности стопы.
2. Форма: прямолинейная, дугообразная и др.
3. Направление по отношению к циферблату часов.
4. Размеры: длина при сведенных краях, степень зияния.
5. Края: ровные, неровные.
6. Концы: острые, один тупой (закругленный, П-образный), другой острый, надрывы в области тупого конца (их длина и направление); дополнительный надрез в области острого конца.
7. Осаднение по краям и в области тупого конца: их ширина.
8. Стенки: отвесные, неотвесные (одна пологая, другая нависает), кровоизлияния.

Описание колото-рубленого ранения:

1. Локализация: область и поверхность тела, расстояние от срединной линии тела (конечности) и/или ближайшего костного образования.
2. Форма: прямолинейная и т.п.
3. Направление по отношению к циферблату часов.
4. Размеры: длина при сведенных краях, степень зияния.
5. Края: ровные, неровные.
6. Концы: закругленные, П-образные, Т-образные, дополнительные надрывы (их длина и направление).
7. Осаднение по краям и в области концов: ширина по обоим краям
8. Стенки: отвесные, неотвесные (одна пологая, другая нависает – угол воздействия), кровоизлияния в стенках и подлежащих тканях.
9. Раневой канал – описание аналогично предыдущим (колотое, колото-резаное ранения). При воздействии тупого лезвия в области концов раны возможно образование тканевых перемычек.
10. Повреждение подлежащей кости – описание аналогично описанию рубленого повреждения.

3. Огнестрельные повреждения

Входное огнестрельное отверстие, как правило, округлое или овальное, характеризующееся дефектом ткани («минус»-ткань). Этот признак легко опреде-

ляется за счет образования кожных складок, возникающих при попытке сомкнуть края раны. Края отверстия ровные или мелко-фестончатые с поясками обтирания и осаднения (по сути дела они сливаются между собой и представляют кольцо сероватого цвета» шириною от 0,1 до 0,3 см). При так называемом «близком» выстреле в области входного огнестрельного отверстия могут определяться побочные продукты выстрела – действие пламени (опаления концов волос), газов (как правило, механическое, термическое и химическое действия газов имеют место при так называемых выстрелах в неполный упор), копоти и несгоревших зерен пороха. При этом необходимо измерять площадь и указывать форму распространения копоти и зерен пороха. Это целесообразно для последующего решения вопроса о дистанции выстрела. При дробовом ранении необходимо констатировать количество входных отверстий, расстояние между ними и площадь рассеивания для формулировки выводов о расстоянии выстрела. Выстрел в геометрический (полный) упор сопровождается образованием «штанц-марки» в виде ссадины, кровоподтека или поверхностной ушибленной раны вокруг отверстия. Раневой канал в теле может быть сквозным и заканчивается выходным отверстием, по сути дела представляющим рваную рану.

4. Повреждение техническим электричеством («Электрометка»).

Следы от электрического ожога обычно представляют собой повреждение бурого цвета и округлой формы, как правило без воспаления, которые могут привести к образованию гиперпигментированного рубца. Дно серовато-белое, углубленное, плотноватое, поверхностный слой кожи местами отсутствует, местами приподнят и отслоен к периферии.

5. Рубцы

Рубец – это участок соединительной ткани, сформировавшийся в процессе регенерации на месте дефекта кожи. Функции кожи он не выполняет. Он менее эластичен, в нем нет волосяных фолликулов, потовых и сальных желез. Через три месяца после образования рубец прорастает сосудами, через девять месяцев на всю глубину поражения рубец прорастает нервной тканью. В зависимости от глубины и времени заживления травмы, от иммунитета пациента формируются различные рубцы. Все кожные рубцы делятся на две большие группы: Нормальные рубцы: нормотрофические (вровень с кожей без атрофии нижележащих тканей), атрофические (вровень с кожей с атрофией тканей), гипотрофические (втянутые с наличием минус ткани). Патологические рубцы: гипертрофические, келоидные. Строение рубца и его величина зависит от размеров бывшей раны, продолжительности нагноения и формы эпителизации.

Рубцы после различных видов травм (по И.М. Серебренникову)

1. Рубцы после огнестрельных повреждений

А. При выстреле в упор: на месте входного отверстия больше по сравнению с рубцом на месте выходного отверстия, неправильной (часто звездчатой) формы, малоподвижный.

Б. при выстреле с близкой дистанции: в области бывшего входного отверстия рубец круглой или овальной формы, могут быть с вкраплениями не полностью сгоревших пороховых щерен в рубцовую ткань и в окружающую кожу.

В. При выстреле с дальней дистанции рубцы как правило округлой или овальной, без следов действия компонентов близкого выстрела.

При сквозных пулевых ранениях мягких тканей рубцы в области входного и выходного отверстий не отличаются друг от друга. При сквозных пулевых ранениях, сопровождающихся повреждением костей, в области выходного отверстия рубцы больше и имеют неправильную форму.

Г. Рубцы при касательных пулевых ранениях могут быть различной формы: линейная, овальная или неправильная. Они обычно тонкие, подвижные, с пигментацией по краям.

Д. Рубцы после ранения дробью: множественные, небольших размеров (если выстрел произведен не в упор), имеют различную форму – округлую, при касательных – линейную. При рентгенологическом исследовании или пальпации под кожей легко обнаружить отдельные дробинки.

Е. Рубцы после осколочных ранений: единичные или множественные, разнообразной формы, расположены на значительных по площади участках тела, больше на одной стороне.

2. Рубцы как следствие резаных ран

Если не было нагноительного процесса и заживления вторичным натяжением рубцы имеют линейную форму и довольно ровные края. По направлению к концам (или к одному концу) рубец суживается, становится более поверхностным и оканчивается острым углом (по направлению движения режущего орудия).

3. Рубцы как следствие колотых ран

Внешний вид рубцов зависит от формы и величины орудия, причинившего повреждение, от глубины раны и характера процесса заживления. Форма может быть различной: круглой, овальной и многоугольной.

4. Рубцы после рубленных ран

Имеют линейную форму и сравнительно ровные края. Однако в отличии от резанных ран более массивные, грубее, плотнее, малоподвижны и сращены с подлежащими тканями. Нередко имеются следы повреждений костей.

5. Рубцы после ушибленных и рвано-ушибленных ран

Форма и размер рубцов могу быть весьма разнообразными. Если в период заживления раны не было нагноения, то рубцы по внешнему виду напоминают форму первоначальной раны. Края рубцов неровные. Обычно они плотные, выпуклые, малоподвижные, нередко спаяны с подлежащей тканью.

6. Рубцы после ожогов

Рубцы от ожогов могут быть разнообразными и самой различной формы.

Клинически различают основные формы (по Н.М. Михельсону):

1. Перепончатую – когда рубец состоит из двух слоев рубцовой ткани, прилегающих друг к другу(по типу крыла летучей мыши.

2. Веерообразную – рубцы в виде веера.
3. Звездчатую – рубцы различной величины и неправильной формы.

Могут быть в виде (по В.С. Дмитриевой):

– рубцовых тяжей, имеющих продольную форму, неровные границы, слегка возвышающиеся над окружающей коже;
– рубцовых массивов: плоских (подвижные, блестящие) и бугристых (плотные, выстоят над уровнем кожи, с неровной поверхностью, малоподвижные).

Поверхность: блестящая, бугристая или гладкая.

При глубоких ожогах: гипертрофические, с неровными краями (напоминающие контры географических карт), с развитой сетью кровеносных сосудов, склонны к стягиванию, с отходящими дополнительными рубцовыми изменениями, возникших от растекания и подтеков жидкости, часто отмечается пигментация по краями.

Рубцы после ожоговых ран горючих смесей отличаются массивностью, имеют келлоидный характер, склонны к изъязвлению, они деформируют ушные раковины, веки и ноздри, поражаются глублежащие ткани.

Ориентировочные данные о внешних свойствах рубцов различной давности при обычном формировании рубца

Давность рубца	Цвет и оттенки	Плотность	Другие признаки
До 1 месяца	Розоватый, позднее красноватый, с синюшным оттенком	Мягкий	Плоский, нежный, покрыт корочками
1-2 месяца	Красноватый, с различными оттенками фиолетового, чаще темно-фиолетового	Плотноватый	Выпуклый, малоподвижный.
2-3 месяца	Красноватый, с различными оттенками фиолетового, чаще темно-фиолетового.	Плотный на всем протяжении	Выпуклый, гипертрофического характера.
От 6 месяцев до 1-1,5 лет	Бледно-розовый. Проявляется коричневая окраска различных оттенков. Позднее белесоватый, с отдельными участками коричневого цвета	Слегка плотноватый или мягкий. Плотность ткани рубца неодинакова	Поверхность неровная или гладкая, блестящая, расположена на уровне или ниже уровня кожи.
Свыше 1,5 лет	Чаще белесоватый (белый), реже коричневый.	Мягкий, плотноватые тяжи или плотный на всем протяжении	Тонкий, атрофический, блестящий, иногда выпуклый.

Однако при определении давности рубцов необходимо учитывая локализацию, протяженность, массивность рубцов, способов и сроков заживления. Необходимо отметить, что в мелких рубцах, формирование которых заканчивается значительно скорее, изменение цвета наступает быстрее. В массивных рубцах плотность рубцов может быть неоднородной и зависит от количества образовавшейся волокнистой ткани, с возможностью образования гиалиноза рубцовой ткани.

Методика исследования и описания рубца.

Исследование рубцов необходимо производить при достаточном дневном освещении, так как правильно определить цвет рубца его оттенки при искусственном освещении невозможно. Исследуют рубцы путем осмотра (невооруженным глазом и с лупой) и ощупывания. В случае необходимости применяют дополнительные методы исследования: рентгенологический осмотр, освещении ультрафиолетовыми лучами и капилляроскопию.

Алгоритм описания рубцов:

1. Локализация: область и поверхность тела, расстояние от срединной линии тела (или конечности) и/или ближайшего костного образования, от подошвенной поверхности стопы.
2. Форма: в сравнении с геометрическими фигурами.
3. Размеры: длина и ширина. При неодинаковой ширине, указать наибольшую и наименьшую, соответственно отметив локализацию.
4. Поверхность: на уровне окружающей кожи – нормотрофические, ниже ее уровня – гипотрофические, выше уровня окружающей кожи – гипертрофические. Указать в миллиметрах уровень западения или возвышения по сравнению с окружающей кожей.
5. Характер поверхности: гладкая, блестящая, матовая; неровная или бугристая. Указать о наличии отдельных валиков из рубцовой ткани.
6. Цвет рубца и его оттенки.
7. Развитие сосудистой системы в поверхностных слоях рубцовой ткани.
8. Плотность: плотный, плотноватый, неоднородной плотности, мягкий.
9. Состояние краев рубца.
10. Состояние окружающих и подлежащих тканей. Подвижный, малоподвижный, спаянный.
11. Функциональные нарушения, связанных с существованием рубца в определенных областях тела (атрофии мышц, деформации и искривления конечностей, нарушение объема движения и т.п.).

Приложение 14. Правила работы с медицинскими документами при проведении судебно-медицинских экспертиз

При проведении судебно-медицинской экспертизы (освидетельствования) эксперт должен использовать подлинные медицинские документы. В исключительных случаях допускается использование копий и выписок, представленных судебно-следственными органами, при условии отражения в последних исчерпывающих сведений о наличии, характере повреждений и их клиническом течении. Представленные копии и выписки должны быть заверены подписью врача и печатью лечебной организации.

Основными вопросами судебно-медицинской экспертизы телесных повреждений являются определение давности и механизма образования травмы. Нередко судебно-медицинский эксперт при выполнении экспертизы имеет дело с измененными по внешнему виду (по тем или иным причинам) повреждениями, по которым высказать конкретное суждение об орудии, механизме и давности травмы не представляется возможным. В связи с тем, что морфологический характер повреждения у живых лиц изменяется в связи с регенеративными процессами (заживлением) или возможными осложнениями (инфицированием и развитием гнойно-некротических осложнений), решить вопрос о первоначальном размере, характере повреждения, имевших место непосредственно после получения травмы, а также давности и механизме образования не представляется возможным. Кроме того, лечебные мероприятия, особенно хирургическая обработка, также изменяют первоначальную морфологию повреждений.

В связи с изложенным, важное значение для судебно-медицинской экспертизы приобретают данные о повреждениях, изложенные в медицинских стационарных и амбулаторных картах потерпевшего.

К сожалению, описание повреждений во многих историях болезни страдает краткостью описания и недостаточной точностью; нередко описание подменяется диагностическими терминами (ушибленная рана, резаная рана и т.д.), о наличии у пострадавшего ссадин, кровоподтеков вообще не упоминается. Врачу-клиницисту необходимо помнить, что диагноз травмы должен быть всегда объективизирован признаками того или иного повреждений, а не подменяться диагностическими (пусть даже и правильными) понятиями. Если такого описания в представленной медицинской документации не имеется, то судебно-медицинский эксперт не имеет права принимать во внимание выставленный диагноз, а тем более определять орудие и механизм травмы, срок ее причинения.

Ценность этих документов, особенно амбулаторной карты и истории болезни, прежде всего, заключается в том, что в них имеется описание первоначальной картины повреждений, характер которых может измениться в результате хирургической обработки, процессов заживления и развития осложнений. Кроме этого, медицинские документы обычно содержат объективные сведения о состоянии свидетельствуемого, результаты анализов и специальных методов исследования, консультации специалистов и другие сведения, без которых иногда невозможно решение экспертных вопросов.

Объем выписок определяет сам эксперт, но этот объем должен быть доста-

точен для того, чтобы сделать необходимые суждения о характере, механизме и давности образования имеющихся повреждений, тяжести вреда здоровья и квалифицирующих признаков.

В выписке из истории болезни обязательно отражаются:

- содержание титульного листа: название лечебного учреждения, номер истории болезни, ФИО и возраст больного, дата и часы поступления, дата и часы выписки, количество проведенных койко-дней, диагнозы направившего учреждения, диагноз при поступлении, клинический диагноз, дата его постановки, заключительный клинический диагноз;
- дословно – записи при поступлении: жалобы, анамнез болезни, объективный и локальный статусы, результаты первичных дополнительных обследований (рентгенологическое, анализ крови, ликвора и т.д.);
- обоснование медицинских вмешательств (инвазивные методы диагностики, гемотрансфузии, операции), ход операций, послеоперационный диагноз.
- состояние больного в послеоперационном периоде;
- данные повторных операций, консультаций специалистов;
- данные дневника – возможно объединение нескольких дней (в частности, при удовлетворительном состоянии), но чтобы ясная была динамика и положительная, и отрицательная; в случаях ухудшения состояния – выписки дословные.
- показатели температуры и гемодинамики (в случаях необходимости – по дням);
- лечение с перечислением лекарственных препаратов, их доз, даты назначения и отмены, результаты лабораторных обследований (в случае необходимости).

Выписка из **«Карты амбулаторного больного»** проводится по той же схеме. Основное внимание обратить на сведения, касающиеся основного повреждения (травмы), квалификация которого проводится. В случаях сотрясения или ушибов головного мозга, травмы позвоночника и спинного мозга сделать выписки тех предшествующих заболеваний, которые имеют сходные симптомы для решения вопроса об обострении их течения, срыва компенсации. То же и о других хронических заболеваниях, течение которых обострилось в результате травмы.

Сведения из других медицинских документов (справки, листок нетрудоспособности, результаты дополнительных обследований и консультации) переписываются полностью.

Приложение 15. Инструкция по фотографированию телесных повреждений при проведении судебно-медицинской экспертизы живых лиц и трупов

1. Общие положения
2. Понятие документа в уголовном процессе и криминалистике.
3. Значение фотофиксации как источника доказательств.
4. Общие положения судебной (криминалистической) фотографии.
   А. Детальная фотосъемка.
   Б. Опознавательная фотосъемка.
5. Правила фотографирования телесных повреждений.
6. Условия соблюдения цветового баланса.
7. Оформление фотосъемки в заключениях судебно-медицинских экспертов.
8. Список используемо литературы и документов

1. Общие положения

В Инструкции изложены современные требования и указания по технологии фотографирования следов пыток и телесных повреждений. В ней установлена общая система проведения фотографирования и освещены основные правила судебной фотографии применительно к фиксации и документированию следов насилия, пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания.

Документ подготовлен с учетом международного стандарта Стамбульского протокола, Правил производства судебно-медицинских экспертиз в Кыргызской Республике (ст.38), Правил производства судебно-медицинской судебно-акушерской экспертизы (ст.8), Правил производства судебно-медицинской экспертизы по материалам уголовных и гражданских дел (ст.19), утвержденных Постановлением Правительства Кыргызской Республики от 12 января 2012 года N 33. и Руководства по эффективному расследованию и документированию пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания, утвержденного Приказом МЗ КР от 09.12.2014 N669,

Инструкция является обязательной в части требуемых допусков к точности технологических процессов и рекомендательной в части используемых методов, средств и технологий.

2. Понятие документа в уголовном процессе и криминалистике

Термин документ происходит от латинского «documentum», в дословном переводе означает – «свидетельство», «доказательство» чего-либо. Документ в уголовном процессе – это материальный объект, на котором официальное лицо или гражданин общепринятым (общепонятным) или принятым для документа специального вида способом зафиксировал сведения об обстоятельствах, имеющих значение для правильного разрешения уголовного дела.

В уголовном процессе документы могут рассматриваться как:

1. вещественные доказательства (ст.85 УПК КР), если несут на себе следы

преступления, были объектом или средством преступных действий;

2. источники доказательств, если в них изложены или удостоверены обстоятельства, имеющие значение для дела (ст.89 УПК КР).

Документы признаются доказательством только ***при условии соблюдения требований уголовно-процессуального закона к их форме и содержанию.*** Документы могут фиксироваться не только в письменном, *но и в виде фото- и киносъемки, аудио- и видео- записи, а также на иных носителях информации.* Таким образом, понятия «документ» шире, чем «письменный документ».

В криминалистике в широком смысле под документом понимают любые материальные объекты (носители), в которых тем или иным способом зафиксированы сведения об определенных фактах и обстоятельствах, могущих иметь значение для раскрытия, расследования, предупреждения преступлений, установления истины по делу.

Документы классифицируются по различным основаниям:

1. Документы – вещественные доказательства, имеющие значение для расследования не только благодаря своему содержанию, но и факту своего существования, способу изготовления и другим материальным признакам. Они могут быть средством совершения преступления, средством сокрытия преступления и средством, ***способствующим раскрытию преступлений*** и установлению существенных для дела обстоятельств.
2. Документы – письменные доказательства, которые имеют значение для установления истины по делу только благодаря своему содержанию. Такие документы не являются объектом криминалистического исследования и могут заменяться в деле копиями и дубликатами.
3. Документы – образцы для сравнительного исследования. По способу фиксации сведений:
   - письменные документы в свою очередь делятся на: рукописные, машинописные, типографские (полиграфические), изготовленные средствами малой полиграфии и машинограммы на бумажном носителе;
   - графические;
   - **фото -, кино -, видео -, фонодокументы;**
   - спектрограммы, осциллограммы, полученные в ходе физических исследований.

3. Значение фотофиксации как источника доказательств

Значение судебной (криминалистической) фотографии в следственной, экспертной и правозащитной практике очень велико, поэтому законодатель официально закрепил её использование – фотоснимки прилагаются к протоколам следственных действий **(ч.4 ст. 170 УПК КР)** или к заключению эксперта. Они документально отражают запечатленные на них объекты, позволяя наглядно воспринимать: признаки предмета (следа); обстановку, в которой осуществлялось то или иное следственное действие; результаты экспертного исследования.

Фотографирование как объективная форма запечатления обладает рядом преимуществ перед любым словесным способом фиксации:

а) документальность полученных снимков;

б) их наглядность;

в) высокая точность;
г) объективность в передаче информации;
д) относительная быстрота процесса фиксации.

Эти преимущества, в сочетании с использованием современной кино-, видео- и фотоаппаратуры, делают фотографию одним их важнейших способов ***фиксации доказательных фактов.***

4. Общие положения судебной (криминалистической) фотографии

Судебная (криминалистическая) фотография – это система научных положений, приемов и методов съемки, применяемых при производстве следственных действий и оперативно-розыскных мероприятий, и служит для фиксации объектов, видимых глазом без применения специальных устройств.

Под методами съемки понимаются правила и рекомендации, которые обеспечивают получение качественных фотографических изображений запечатлеваемых криминалистических объектов.

Объектами съемки в следственной практике являются: места происшествий с их обстановкой, *трупы, потерпевшие, следы преступления и преступника, вещественные доказательства;* лица, обвиняемые в совершении преступления. Полученные при производстве различных следственных действий фотоснимки представляют собой ***фотодокументы*** – приложения к протоколам соответствующих следственных действий.

Основное назначение судебной (криминалистическая) фотографии – фиксация фактов или действий.

Судебная (криминалистическая) фотография состоит из двух частей:
- **следственной фотографии** (запечатлевающей) и
- **экспертной фотографии** (исследующей).

А. Детальная (масштабная) съёмка

Фотосъемка с линейным масштабом

Фотосъемка с линейным масштабом позволяет определить истинные размеры предметов, следов повреждений, а также позволяет увеличивать масштаб изображения и производить по снимку измерения.

При поведении фотосъемки с линейным масштабом необходимо соблюдать следующие правила:

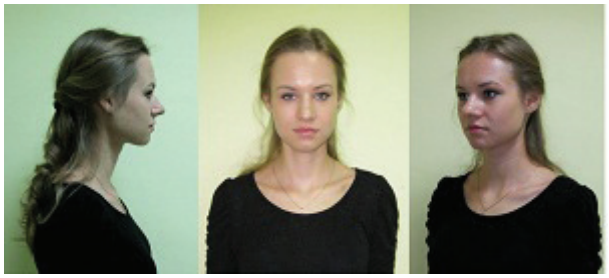
1. Масштабная линейка размещается на высоте плоскости предмета и не должна маскировать (перекрывать) его;
2. Фотоаппарат должен располагаться строго вертикально над снимаемым объектом, и для этого его желательно закрепить на штативе;
3. Для того чтобы при фотографировании избежать перспективных искажений фотографируемого объекта, плоскость планки в фотоаппарате должна быть параллельна плоскости следа, а оптическая ось перпендикулярна к плоскости следа и проходить через его центр.
4. Масштабная линейка располагается в кадре миллиметровыми делениями в сторону объекта (рисунок 1).

Рисунок 2 Фотосъемка с линейным масштабом

Б. Опознавательная съёмка

Опознавательная съемка в криминалистике считается средством уголовной регистрации живых лиц и трупов (сигналетическая фотография). Кроме этого, опознавательная съемка применяется для фотографирования предметов, в целях их последующего опознания. Система и правила опознавательной (сигналетической) фотографии были впервые разработаны французским основоположником криминалистики Альфонсом Бертильоном.

Рисунок 3 Опознавательная съёмка



Правый профиль *Анфас* *¾ левого полупрофиля*

Освещение при павильонной (стационарной) опознавательной съемке должно быть двухсторонним. Основной, более сильный источник света располагается несколько выше фотоаппарата, а дополнительный – справа от фотоаппарата (при съемке в правый фас) и слева (при съемке в левый фас). При этом фотографируемое лицо усаживают на стул со спинкой.

Опознавательная съемка предметов производится по правилам *детальной (масштабной) съемки.*

Что необходимо соблюсти при производстве опознавательной съемки:

1. Погрудные снимки производятся на нейтральном светлом фоне (у стены), на некотором

удалении объекта съемки от него, чтобы на фоне не было теней от объекта.

2. Фотографирование живых лиц для последующего опознания (в случае отсутствия документов, удостоверяющих личность) производится в анфас, правый профиль и ¾ левого полупрофиля. Левый профиль фиксируют в том случае, если на левой половине лица имеются какие-либо особые приметы.
3. Масштаб изображения на фотоснимке должен составлять 1/7 от натуральной величины (расстояние между зрачками на снимке должно быть около 1 см). Для соблюдения масштаба 1/7 от натуральной величины на фотоснимке на грудь фотографируемого прикладывается линейка длиной 7, 14 или 21 см, которая уже на самом снимке должна быть 1,2 или 3 см соответственно.
4. Фотоаппарат располагается на уровне глаз фотографируемого и не ближе 1 метра к нему, чтобы избежать перспективных искажений лица. Оптическая ось объектива должна проходить через наружный разрез глаз и верхнюю треть уха.
5. Фотографирование производится без головного убора и без очков, даже если человек носит их постоянно. Волосы зачёсываются назад, чтобы были видны ушные раковины (независимо от того, какую причёску человек носит в повседневной жизни), для возможности в последующем производства портретной экспертизы.
6. При опознавательной съемке неопознанных трупов в необходимо случаях перед фотографированием проводить «туалет» трупа для придания ему прижизненного вида (припудривание, гримирование имеющихся повреждений, восстановление прически). После завершения этой процедуры фотографируют левый, правый профиль, анфас в положении «лежа», в полный рост в одежде, в которой он был обнаружен, а иногда для фиксации особых примет – обнаженным.
7. Фотографирование особых примет трупа производится по правилам фотосъемки телесных повреждений.
8. В полевых условиях положение снимаемого лица и трупа, а также освещение выбираются с учетом сложившейся ситуации.

5. Правила фотографирования телесных повреждений

Фотографирование телесных повреждений должно быть проведено таким образом, чтобы впоследствии фотографии (снимки) могли быть использованы в качестве доказательств или источника доказательств. Поэтому они должны строго соответствовать определенным критериям и правилам, принятым в криминалистике и уголовном судопроизводстве (см. раздел 4).

Что необходимо соблюсти при фотосъемке телесных повреждений: Средство для фотографирования (пленочный фотоаппарат, цифровой фотоаппарат или камера мобильного телефона) должно иметь разрешающую способность не менее 5 МП (мегапиксель), что позволит получить качественную фотографию и цветопередачу.

1. Фотосъемку следует, по возможности, производить при естественном освещении, чтобы избежать искажения цвета телесного повреждения.
2. Для недопущения перспективных искажений фотографируемого объекта

(истинных его размеров), плоскость задней планки (экрана) в фотоаппарате или камере мобильного телефона должна быть параллельна плоскости следа, а оптическая ось перпендикулярна к плоскости следа и проходить через его центр.

3. Масштабная линейка размещается на высоте плоскости объекта съемки и не должна маскировать (перекрывать) его.
4. Если снимается объект со сложным рельефом, то на разных его участках могут размещаться несколько масштабных линеек.
5. Масштабная линейка располагается в кадре миллиметровыми делениями в сторону объекта.
6. Следует использовать масштабную линейку с наличием эталонных цветов, что позволит в дальнейшем получить снимки с точной передачей цвета телесного повреждения. Использование эталонных цветов необходимо потому, что различные средства для фотографирования (от разных производителей) не одинаково фиксируют одни и те же цвета.

6. Условия соблюдения цветового баланса

Применение цифровой фотографии при исследовании пострадавших, подвергшихся насилию (пыткам), способствует:

- стандартизации процесса исследования, иллюстрированию заключений;
- объективному и точному определению формы, параметров телесных повреждений, характера и размеров повреждений;
- объективному определению давности телесных повреждений и цвета покровных тканей;
- возможности этапного регистрирования быстро протекающих процессов воспаления и регенерации для судебно-медицинской диагностики.

Цветовая характеристика повреждений имеет важное значение в медицине. Цифровая фотография с применением масштаба и цветового эталона является эффективным методом обследования потерпевших, подвергшихся насилию и пыткам.

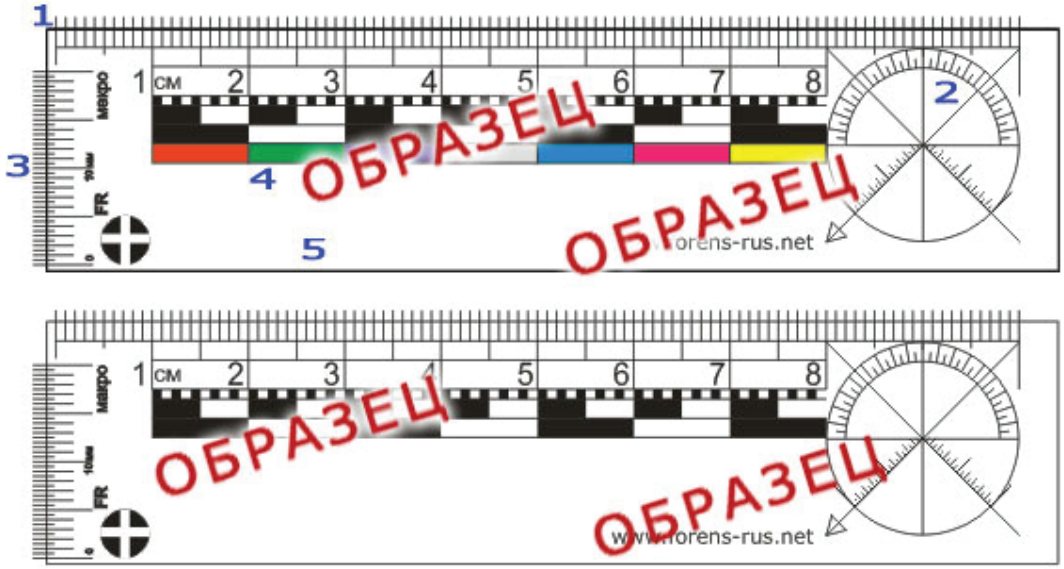
Данные методы позволяют зарегистрировать параметры состояния и размеры телесных повреждений на момент исследования с точностью, ***превышающей зрительные возможности*** эксперта, и сохранить их в цифровом формате. При соответствующем качестве изображения, при визуальной оценке цифровой фотографии кожи с высокой степенью достоверности можно установить вид повреждения, механизм образования, давность. Визуальная диагностика по изображению, в ряде случаев, оказывается ***достовернее и точнее,*** чем визуальная оценка подлинного повреждения.

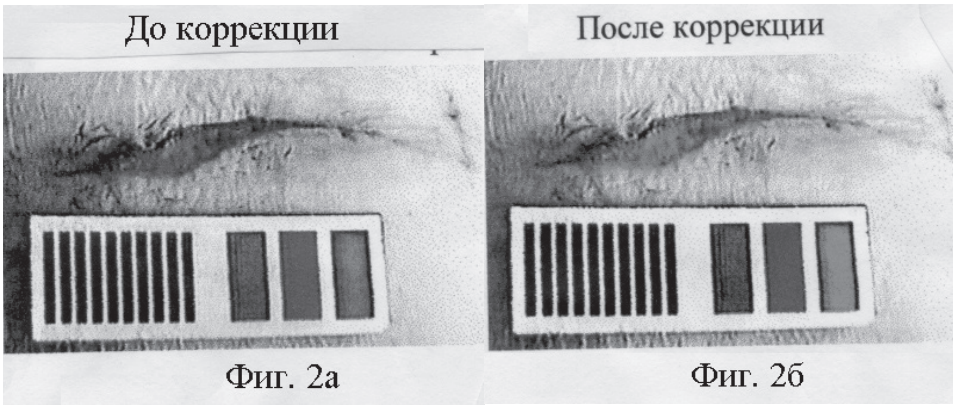
К примеру, цвет кровоподтека в зависимости от давности изменяется от красноватого, синюшного, до зеленого и желтого. Условия съемки также значительно влияют на ***характер отображения цветов*** при фотографировании повреждений. При освещении, например, лампой накаливания в изображении появляются красноватые оттенки, при освещении лампой дневного света – голубоватые и т.д. Следовательно, цвет повреждения на фотокопии будет искажен. Характер цветопередачи зависит также от используемой фотографической аппаратуры, ***каждая конкретная модель вносит свои***

искажения цветности.

Объективная коррекция изображения позволяет получать более качественные снимки с повышением точности передачи цветовых оттенков повреждений.

Для получения объективного цветного изображения рекомендуется использовать масштабную линейку с наличием эталонных цветов: на масштабную линейку, которую печатают на струйном цветном принтере, помимо черных миллиметровых делений на белом фоне, наносят еще три ***(или более – см. рисунок)*** полосы – красную, зеленую, голубую (RGB), значения пикселов для красной полоски имеют состав – R=255, G=0, B=0; зеленый полоски – R=0, G=255, B=0; синей полоски – R=0, G=0, B=255. Соответствие печатаемых цветов полос экранным значениям пикселов обеспечивается качеством печати современных струйных принтеров при строгом соблюдении указанных в документации к ним правил заправки чернилами, калибровки и использования бумаги.





Фиг. 2а Фиг. 2б

После получения цифровой фотокопии объекта имеется возможность просмотреть значения цветового состава пикселов на экране с помощью графиче-

ских редакторов (Photoshop, Prolmage Plus и др.). При искажении цветового состава фотокопии (связанного с различными условиями съемки) меняется состав всех пикселов, в том числе и пикселов, составляющих масштабную линейку. При изучении цветового состава пикселов эталонных цветов на масштабной линейке можно оценить адекватность отображения цветов на цифровой фотокопии, преобразовать состав тонов изображения, с помощью указанных графических редакторов произвести коррекцию изображения.

Если эксперт не обладает умением работать с цифровой коррекцией цветных изображений при помощи графических редакторов (Photoshop, Prolmage Plus и др.) следует прибегнуть к услугам специалистов в области компьютерных технологий.

7. Оформление фотосъемки в заключениях судебно-медицинских экспертов.

Результаты фотосъемки могут быть использованы в уголовном деле лишь при их надлежащем процессуальном оформлении.

1. В «Заключении судебно-медицинского эксперта» необходимо указать о произведенном фотографировании с указанием:

– примененных фотографических средств (тип аппарата, вид объектива, используемый фотоматериал, осветители и др.); методы фотографирования,

– объекты фотографирования (ФИО подэкспертного/ освидетельствуемого, вид и локализация телесных повреждений);

– время и место (учреждение) проведения съемки.

– условия, порядок фотографирования, характер освещения.

Приобщаемые к заключению эксперта фотоснимки следует оформлять в виде фототаблиц. Фототаблицы должны иметь заголовки, в которых отмечается номер заключения эксперта и дата проведения экспертизы.

Под каждым снимком необходимо ставить номер и давать краткую пояснительную надпись с указанием вида и локализации фиксированных телесных повреждений. Каждый снимок скрепляется печатью отдела либо отделения экспертного учреждения (при этом одна часть оттиска печати располагается на краю фотоснимка, а другая – на бумаге таблицы Для подтверждения достоверности снимков каждый из них заверяется подписью судебно-медицинского эксперта.

Только строгое соблюдение данных правил позволит в дальнейшем использовать фотографии (снимки) телесных повреждений в качестве доказательств или источника доказательств.

Приложение 16. Инструкция о порядке взаимодействия организаций здравоохранения с органами прокуратуры и органами внутренних дел Кыргызской Республики при обращении (поступлении) в организации здравоохранения лиц по поводу насилия, пыток и жестокого обращения

1. Общие положения

1. Настоящая Инструкция разработана в соответствии с Практическим руководством для специалистов всех уровней здравоохранения и других ведомств Кыргызской Республики «Эффективное расследование и документирование насилия, пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания» и устанавливает единый порядок взаимодействия организаций здравоохранения с органами прокуратуры и органами внутренних дел Кыргызской Республики при обращении (поступлении) в организации здравоохранения лиц по поводу насилия, пыток и жестокого обращения.
2. Настоящая Инструкция обязательна для исполнения медицинскими работниками организаций здравоохранения независимо от ведомственной принадлежности и формы собственности, сотрудниками органов прокуратуры и органов внутренних дел Кыргызской Республики.
3. Основные понятия и определения, применяемые в настоящей Инструкции:
   1) вред здоровью – телесные повреждения, то есть нарушение анатомической целости органов, тканей или их физиологических функций либо заболевание или патологическое состояние, возникшее в результате воздействия различных факторов внешней среды: механических, физических, химических, биологических, психических;
   2) должностное лицо – лицо, постоянно, временно или по специальному полномочию осуществляющее функции представителя власти либо выполняющие организационно-распорядительные, административно-хозяйственные, контрольно-ревизионные функции в государственных органах, органах местного самоуправления, государственных и муниципальных учреждениях, а также в Вооруженных Силах Кыргызской Республики и иных воинских формированиях.
   3) жестокое, бесчеловечное или унижающее достоинство обращение и наказание (жестокое обращение) – обращение и наказание, которые унижают лицо как личность или вызывают у него чувство страха, неполноценности, которое может сломить нравственное или физическое сопротивление этого лица и вызывает при этом достаточно сильное физическое или нравственное страдание, когда такие акты совершаются должностным лицом или иным лицом, выступающим в официальном качестве, или по их подстрекательству, или с их ведома или молчаливого согласия;
   4) медицинские работники – лица, занимающие в установленном законодательством Кыргызской Республики порядке должности врачей, среднего медицинского и младшего медицинского персонала;

5) место лишения свободы – место, предназначенное для содержания лица, подвергнутого административному задержанию или аресту, задержанного по подозрению в совершении преступления, заключенного под стражу в связи с обвинением в совершении преступления, отбывающего наказание в виде лишения свободы по приговору суда, в том числе камеры временного задержания, изоляторы временного содержания и следственные изоляторы; колонии-поселения, исправительные колонии, воспитательные колонии, тюрьмы; приемники-распределители органов внутренних дел; гауптвахты; помещения органов пограничной службы для содержания лиц, подвергнутых административному задержанию; пункты приема и временного размещения перемещенных внутри республики лиц и лиц, ищущих убежища;
6) место ограничения свободы – любое место, которое по своим характеристикам не классифицируется как место лишения свободы, где лицо пребывает или может пребывать по распоряжению государственного органа (должностного лица) либо с его ведома, которое оно не может покинуть по своей воле, в том числе место расположения и объекты правоохранительных органов; центры адаптации и реабилитации несовершеннолетних; воинские части органов внутренних дел, обороны, национальной безопасности, уголовно-исполнительной системы и уполномоченного государственного органа в сфере предупреждения чрезвычайных ситуаций; психоневрологические учреждения; специализированные учреждения для принудительного лечения больных психическими заболеваниями, алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией; государственные и негосударственные медико-социальные учреждения для престарелых, несовершеннолетних и лиц с ограниченными возможностями здоровья (дома для престарелых, детские дома и др.); специальные учреждения для детей и подростков, нуждающихся в особых условиях воспитания;
7) насилие – преднамеренное применение физической силы или власти, действительное или в виде угрозы, направленное против себя, против иного лица, группы лиц или общины, результатом которого являются (либо имеется высокая степень вероятности этого) телесные повреждения, смерть, психологическая травма, отклонения в развитии или различного рода ущерб. Данное определение включает все виды насилия, в том числе насилие в семье (семейное, домашнее) насилие, сексуальное насилие, насилие над детьми, насилие в школе, насилие над пожилыми людьми, насилие на улице, на рабочем месте и др.;
8) организации здравоохранения – государственные, муниципальные организации здравоохранения, ведомственные медицинские, медико-санитарные службы, частные организации здравоохранения.
9) пациент – лицо, которому оказывается медико-санитарная помощь в организациях здравоохранения либо у частнопрактикующих медицинских работников с оформлением соответствующей медицинской документации.
10) правоохранительные органы – органы внутренних дел, национальной безопасности, финансовой полиции, прокуратуры, таможенной службы, а также органы по контролю за наркотиками;
11) пытка – любое действие, которым какому-либо лицу умышленно причиняется сильная боль или страдание, физическое или нравственное, чтобы получить от него или от третьего лица сведения или признания, наказать его за действие, которое совершило оно или третье лицо или в совершении которого оно подозревается, а также

запугать или принудить его или третье лицо, или по любой причине, основанной на дискриминации любого характера, когда такая боль или страдание причиняются должностным лицом или иным лицом, выступающим в официальном качестве, или по их подстрекательству, или с их ведома или молчаливого согласия;

2. Порядок учета и информирования

4. Организации здравоохранения регистрируют и незамедлительно, но не позднее 24 часов сообщают в территориальный или специализированный орган прокуратуры, в районе деятельности которого они находятся, обо всех фактах:
   1) обращения (поступления) лиц с жалобами на применение пыток и жестокого обращения, примененных должностным лицом или иным лицом, выступающим в официальном качестве, или по их подстрекательству, или с их ведома или молчаливого согласия;
   2) обнаружения телесных повреждений и выявления иного вреда здоровью во время помещения лиц в установленном законом порядке в места лишения и ограничения свободы, их переводе в другое место лишения и ограничения свободы;
   3) наступления смерти или причинения вреда здоровью во время нахождения лица в местах лишения и ограничения свободы, в распоряжении правоохранительных органов или участия в событиях, сопровождающихся вмешательством сотрудников правоохранительных органов.
5. Обо всех других фактах обращения (поступления) лиц с телесными повреждениями или иным вредом здоровью, полученными в результате применения насилия, организации здравоохранения регистрируют и незамедлительно сообщают в территориальный орган внутренних дел, в районе деятельности которого они находятся.
6. В случае если лицо не заявило или не в состоянии заявить о насильственном характере обнаруженных телесных повреждений и иного вреда здоровью, медицинский работник организации здравоохранения на основе познаний этиологии и патогенеза телесных повреждений и состояний, руководствуясь внутренним убеждением, принимает решение о том, имеются ли достаточные основания полагать, что вред здоровью причинен в результате насилия или пыток и жестокого обращения, и возникает ли обязанность сообщить о данном факте соответственно органам прокуратуры или органам внутренних дел.
7. Руководители организаций здравоохранения своим приказом определяют должностных лиц, персонально ответственных за своевременное информирование органов прокуратуры и органов внутренних дел об обращении (поступлении) в организацию здравоохранения лиц по поводу насилия, пыток и жестокого обращения. Физические лица, занимающиеся частной практикой на основании лицензии, о фактах обращения (поступления) лиц по поводу насилия, пыток и жестокого обращения сообщают самостоятельно.
8. Медицинский работник мест лишения и ограничения свободы, в том числе изоляторов временного содержания, следственных изоляторов, пенитенциарных учреждений обязан передать информацию об обращении (поступлении) лица с жалобами на применение пыток и жестокого обращения, наступлении смерти или причинении вреда здоровью во время нахождения лица в месте лишения и ограничения свободы в органы прокуратуры в порядке, предусмотренном пунктом 4 настоящей Инструкции, независимо от того, был ли информирован руководитель учреждения, являющегося местом лишения и ограничения свободы.

9. Информация об обращении (поступлении) лиц в организацию здравоохранения по поводу насилия, пыток и жестокого обращения передается в территориальные органы прокуратуры и органы внутренних дел в виде телефонограммы, а при отсутствии телефонной связи, любым иным доступным способом, с последующим направлением в течение 24 часов письменного извещения, подписанного руководителем организации здравоохранения или одним из его заместителей и заверенного печатью организации здравоохранения.
10. Письменное извещение должно содержать следующие сведения:
    1) фамилия, имя, отчество, возраст пациента (при наличии таких сведений);
    2) место жительства, контактные данные пациента (при наличии таких сведений);
    3) дата, время обращения (поступления) пациента;
    4) вид насилия;
    5) предварительный диагноз;
    6) фамилия, имя, отчество медицинского работника, проводившего прием и/или медицинский осмотр пациента;
    7) дата, время, Ф.И.О., должность принявшего телефонограмму.

    Образец извещения в приложении 15.
11. Все сведения, содержащиеся в извещении, а также фамилия, имя, отчество медицинского работника, передавшего сообщение и фамилия, имя, отчество, должность дежурного сотрудника прокуратуры или органа внутренних дел, принявшего сообщение, записываются в специальный журнал утвержденной формы, который ведется во всех организациях здравоохранения.
12. Журнал или выписки из него предоставляются по официальному письменному запросу правоохранительного органа, ответственного за расследованием случаев насилия, пыток и жестокого обращения.
13. Ответственность за достоверность и полноту сведений о характере состояния лица, обратившегося (поступившего) в организацию здравоохранения по поводу насилия, пыток и жестокого обращения несет медицинский работник, проводивший прием и/или медицинский осмотр пациента, должностное лицо организации здравоохранения, персонально ответственное за своевременное информирование органов прокуратуры и органов внутренних дел.

3. Действия органов прокуратуры и органов внутренних дел при поступлении сообщений организаций здравоохранения

14. Руководители, оперативные дежурные и другие соответствующие должностные лица органов прокуратуры и органов внутренних дел обеспечивают:
    1) прием и регистрацию сообщений из организаций здравоохранения по поводу насилия, пыток и жестокого обращения в учетно-регистрационных документах, предусмотренных регламентирующими приказами Генеральной прокуратуры и МВД Кыргызской Республики;
    2) безотлагательное назначение судебной медицинской, психиатрической, психологической экспертиз;
    3) принятие при необходимости мер по обеспечению безопасности лица, обратившегося по поводу насилия, пыток и жестокого обращения, предусмотренных

законом Кыргызской Республики «О защите прав свидетелей, потерпевших и иных участников уголовного судопроизводства»;

4) проведение неотложных оперативно-розыскных и иных мероприятий по проверке сообщения о насилии, пытках и жестоком обращении в соответствии с уголовно-процессуальным кодексом и нормативно-правовыми актами Кыргызской Республики.

15. При расследовании сообщений о пытках и жестоком обращении органы прокуратуры принимают во внимание положения Руководства по эффективному расследованию и документированию пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания (Стамбульского протокола).
16. При обращении (поступлении) лиц по поводу насилия, пыток и жестокого обращения в организации здравоохранения, расположенные на территории деятельности органов прокуратуры и органов внутренних дел с территории других районов и областей, руководители органов прокуратуры и органов внутренних дел обеспечивают выполнение требований пункта 14 настоящей Инструкции с последующей передачей материалов по территориальности.
17. Информация о насилии, пытках и жестоком обращении, ошибочно направленная организациями здравоохранения в органы прокуратуры или органы внутренних дел, незамедлительно перенаправляется органом принявшим такое сообщение в другой орган по подследственности.

4. Контроль и надзор

18. Контроль за полнотой и правильностью учета информации об обращении (поступлении) в организации здравоохранения лиц по поводу насилия, пыток и жестокого обращения обеспечивается руководителями соответственно территориальных органов прокуратуры и органов внутренних дел.
19. Органы прокуратуры осуществляют надзор за полнотой регистрации в нижестоящих органах прокуратуры и органах внутренних дел сообщений организаций здравоохранения об обращении (поступлении) лиц с жалобами на насилие, пытки и жестокое обращение, обоснованностью принятых по ним решений.
20. Органы прокуратуры, периодически, но не реже одного раза в шесть месяцев, проверяют в пределах территориальной компетенции соблюдение организациями здравоохранения требований по регистрации и информированию об обращениях (поступлениях) лиц по поводу насилия, пыток и жестокого обращения в соответствии с настоящей Инструкцией.
21. При проверке сопоставляются записи в регистрационном журнале органов прокуратуры, в книге учета происшествий (КУП) и журнале учета информации (ЖУИ) органов внутренних дел с записями в журнале организаций здравоохранения и сверяются с ежемесячным отчетом организаций здравоохранения.
22. По каждому факту несообщения (укрытия) или несвоевременного сообщения, фальсификации, неполноты сведений организаций здравоохранения об обращении (поступлении) лиц по поводу насилия, пыток и жестокого обращения, нарушения иных требований настоящей Инструкции органы прокуратуры вносят представление о принятии мер по устранению выявленных нарушений и решению вопроса об ответственности виновных лиц.

Приложение 17. Бланк письменного извещения о предполагаемом насилии, пытках и жестоком обращении

Номер Бланка

№ 087-3/у үлгүсүндөгү медициналык документтер
Медицинская документация Форма № 087-3/у

ДААУнун коду/Код ЛПО

_____

Аталышы/Наименование

_____

_____

ҮВТнын коду/
Код и наименование ГСВ/ФАП

_____

Болжолдуу зордук-зомбулук, кыйноо жана ырайымсыз мамиле тууралуу жазуу түрүндөгү билдирме Бланкына
ДҮМҮРЧӨК
КОРЕШОК
к Бланку письменного извещения о предпо-лагаемом насилии, пытках и жестоком обращении
Берилген күнү/Дата выдачи:
___/_____/_____

Пациенттин аты-жөнү, туулган күнү/
ФИО и дата рождения пациента:

_____

_____

_____

_____

Текшерүү жүргүзүлгөн күнү жана убактысы/Дата и время проведения обследования:

_____

Зомбулуктун түрү/Вид насилия:
1.зордук-зомбулук/насилие □
2. кыйноо жана ырайымсыз мамиле/
пытки, жестокое обращение □

Номер Бланка

ДААУнун коду/Код ЛПО _____ **Аталышы**/Наименование _____ _____ **ҮВТнын/ФАПтын коду жана аталышы**/Код и наименование ГСВ/ФАП _____	**№ 087/5 үлгүсүндөгү медициналык документтер** Медицинская документация Форма № 087-3/у **Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин № 680 Буйругу менен 07.12.2015-ж. бекитилген** Утверждена Приказом Минздрава Кыргызской Республики № 680 от 07.12.2015 г.

ЗОРДУК-ЗОМБУЛУК, КЫЙНОО ЖАНА ЫРАЙЫМСЫЗ МАМИЛЕ ТУУРАЛУУ ЖАЗУУ ТҮРҮНДӨГҮ БИЛДИРҮҮ БЛАНКЫ
БЛАНК ПИСЬМЕННОГО ИЗВЕЩЕНИЯ О ПРЕДПОЛАГАЕМОМ НАСИЛИИ/ ПЫТКАХ И ЖЕСТОКОМ ОБРАЩЕНИИ
Берилген күнү/Дата выдачи:____/_____/_____

1. Пациенттин аты-жөнү/Ф.И.О. пациента: _____

2. Пациенттин туулган жылы/Дата рождения пациента: ___/___/_____

3. Пациенттин байланыш малыматтары, жашаган жери (мындай маалымат бар болсо)/Место жительства, контактные данные пациента (при наличии таких сведений): _____

_____

4. Пациенттин кайрылган (түшкөн) күнү, убактысы/Дата, время обращения (поступления) пациента:
_____/_____/_____ ____с./ч.____мүн./мин.

5. Зордук-зомбулуктун түрү/Вид насилия: 1. Зордук-зомбулук/Насилие 2. Кыйноо жана ырайымсыз мамиле/ Пытки и жестокое обращение (керектүүсүнүн астын сыз/нужное подчеркнуть)

6. Болжолдуу диагноз/Предварительный диагноз:_____

_____

7. Пациентти медициналык кароодон жана/же кабыл алуудан өткөргөн медициналык кызматкердин аты-жөнү/ Ф.И.О. медицинского работника, проводившего прием и/или медицинский осмотр пациента:

_____

8. Укук коргоо органдарына телефонограмма жиберилген күнү жана убактысы/Дата, время направления телефонограммы в правоохранительный орган: _____/_____/_____ ____с./ч.____мун./мин.

9. Телефонограмма алган жактын аты-жөнү, кызматы/Ф.И.О., должность сотрудника правоохранительного органа, принявшего телефонограмму: _____

_____

Медициналык уюмдун жетекчисинин аты-жөнү/Ф.И.О. руководителя медицинской организации

_____ (колу/подпись) М.П.

Укук коргоо органдарына телефонограмма жиберилген күнү жана убактысы/Дата и время направления телефонограммы в правоохранительный орган:

_____

Билдирмени алган күнү жана убактысы/ Дата и время получения Бланка извещения:

_____

Жазуу түрүндөгү Бланк алган жактын аты-жөнү, кызматы жана колу/ФИО, должность и подпись лица, получившего Бланк письменного извещения:

_____

_____

_____

Жазуу түрүндөгү Бланк берген медициналык кызматкердин аты-жөнү жана колу/ ФИО и подпись медицинского работника выдавшего Бланк письменного извещения:

*** Маалымкат зордук-зомбулук/кыйноонун физикалык жана психикалык белгиси болгондугун аныкталган убакыттан 24 сааттын ичинде толтурулат жана медицина кызматкерлер тараптан телефонограмма аркылуу маалымданган укук коргоо органдарынын ишкерлерине жана прокуратура органдарына берилет. Маалымкаттын дүмүрчөгү саламаттыкты сактоо мекемесинде сакталат. Бланк письменного извещения заполняется в течение 24-х часов с момента выявления физических и психических признаков насилия, пыток и жестокого обращения и выдается медицинскими работниками сотрудникам правоохранительных органов и органам прокуратуры, ранее извещенных телефонограммой. Корешок Бланка хранится в организации здравоохранения.

Приложение 18. Справка о прохождении медицинского осмотра

Номер Бланка

Медициналык документтин үлгүсү № 070/у
Медицинская документация Форма № 070/у

ДААУнун коду/Код ЛПО

_____

Аталышы/Наименование

_____

_____

ҮВТнын коду/
Код и наименование ГСВ/ФАП

_____

Медициналык кароодон өткөндүгү тууралуу маалымкатка ДҮМҮРЧӨК/
КОРЕШОК
к справке о прохождении медицинского осмотра

Берилген күнү жана сааты /
Дата и время выдачи
____/_____/_____
сааты/чч____ мүн./мин._____

Пациенттин аты-жөнү жана туулган күнү/
ФИО и дата рождения пациента:

_____

_____

Текшерүү жүргүзгөн күнү жана убактысы/Дата и время проведения обследования: _____

Үчүнчү жактын катышуусунда?/
В присутствии третьих лиц?
Ооба (Да)/Жок (Нет)
Көрсөтүлсүн/Указать

_____

Болжолдуу диагноз/Предварительный диагноз:

_____

_____

Номер Бланка

ДААУнун коду/Код ЛПО _____ **Аталышы**/Наименование _____ _____ **ҮВТнын/ФАПтын коду жана аталышы**/Код и наименование ГСВ/ФАП _____	**Медициналык документтин үлгүсү № 070/у/** Медицинская документация Форма № 070/у **Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин № 680 Буйругу менен 07.12.2015-ж. бекитилген** Утверждена Приказом Минздрава Кыргызской Республики № 680 от 07.12.2015 г.

Медициналык кароодон өткөндүгү тууралуу МААЛЫМКАТ/
СПРАВКА о прохождении медицинского осмотра

Укук коргоо органдарынын мидеттүү түрдө медициналык кароодон өтүү үчүн саламаттык сактоо уюмдарына эркичектелген/эркинен ажыратылган жакты коштоочу ыйгарым укуктуу кызматкерине берилет/Выдана уполномоченному сотруднику правоохранительного органа, сопровождающему лицо, ограниченное/лишенное свободы в организацию здравоохранения для прохождения обязательного медицинского осмотра

_____

(Мекеме, кызматы, аты-жөнү/Учреждение, должность, ФИО)

Берилген күнү жана сааты/Дата и время выдачи "_____"_____20_____ сааты/чч____ мүн./мин.____

Пациент/пациент: _____
(күнү/айы/жылы) / г.р. (дд/мм/гг) нөөмөттөгү врач тарабынан каралды/ в том, что он/она действительно был/а осмотрен/а дежурным врачом в _____

_____

(медициналык уюмдун, бөлүмдүн аталышы/название организации здравоохранения, отделения)

суроо-талаптын негизинде/на основании запроса _____

_____

(укук коргоо органынын аталышы, кызмат адамынын аты-жөнү/название правоохранительного органа, ФИО должностного лица)

- Даттануусу тууралуу (керектүүсүнүн астын сыз)/в связи с жалобами на (нужное подчеркнуть):
  - Физикалык саламаттык абалына жараша/физическое состояние здоровья
  - Психикалык саламаттык абалына жараша/психическое состояние здоровья
  - Керектөөлөрдү тоотпоо/пренебрежение нуждами
- мыйзам жоболоруна ылайык (багыттама, өтүнүч кат)/в соответствии с требованиями, установленными законом (направление, ходатайство) _____
- башка (көрсөтүлсүн)/другое (указать)_____

кароо жана текшерүү жүргүзүлдү (күнү)/осмотр и обследование были проведены (дата)
«____» _____20___-ж./г.
(убактысы)/(время) с сааты/чч.____ мүн/мин.___ дан до сааты/чч.____ мүн/мин. ____ чейин

Үчүнчү тараптын катышуусу?/В присутствии третьих лиц? **Ооба**(Да)/**Жок**(Нет)
Эгер, **Ооба** болсо анда катышкан үчүнчү жактын ар бирин көрсөтүү керек (укук коргоо органдары, медициналык кызматкер, туугандары, котормочу ж.б.)/Если Да, указать каждого из присутствовавших третьих лиц (сотрудник правоохранительных органов, медработник, родственник, переводчик и др.):

_____

(Үчүнчү жактын аты-жөнү/ФИО третьего лица)

Болжолдуу диагнозу/Предварительный диагноз:_____

Сунушталат/Рекомендовано:_____

Зарыл болгон дарт аныктоо текшерүүлөрү/ Необходимое диагностическое обследование:	Зарыл болгон кошумча кеңеш берүүлөр/ Необходимые дополнительные консультации:
1. _____	Травматолог/Хирург ☐
2. _____	Психолог/Психиатр ☐
3. _____	Гинеколог/Уролог ☐
4. _____	Башкалар (көрсөтүлсүн) ☐
5. _____	Другое (укажите) _____ ☐
	Жаткыруу зарыл/ Госпитализация необходима
	☐ Ооба/Да ☐ Жок/Нет

Обьективдүү кароо жыйынтыктары “№087/5у каттоо журналында” белгиленген/
Результаты объективного осмотра зафиксированы в «Журнале регистрации №087/5у»
Сериялык номери/Серийный № _____
№003-3/у Формасындагы сериялык номери/в Форме №003-3/у серийный № _____

Медициналык кароо жүргүзгөн медициналык кызматкер/Медицинский работник, проводивший медицинский осмотр _____

(аты-жөнү жана колу/ФИО и подпись)

Сунушталат/Рекомендовано:_____
_____
_____
_____

Маалымат алган укук коргоо органынын ыйгарымдуу кызматкеринин аты-жөнү жана колу/ФИО и подпись уполномоченного сотрудника правоохранительного органа получившего справку:
_____
_____

Нөөмөттөгү врачтын аты-жөнү жана колу/ФИО и подпись дежурного врача:
_____

*** Маалымкат укук коргоо органдарынын коштоп келген кызматкерлерине мыйзам белгилеген тартипте эркин чектөө жана эркинен ажыратуу жайларына киргизүүдө, аларды башка эркин чектөө жана эркинен ажыратуу жайларына которгондо; эркин чектөө жана эркинен ажыратуу жайларында болгон убакта, укук коргоо органдарынын буйругу менен же коштоп жүргөн укук коргоо органдарынын кызматкерлеринин окуяга катышуусу менен укук коргоо органдарынын кызматкерлеринин кийлигишүүсү менен коштолгон учурда медицина кызматкерлери тарабынан берилет. Справка выдается медицинскими работниками сотрудникам правоохранительных органов, сопровождающим лиц при водворении в установленном законом порядке в места лишения и ограничения свободы, переводе в другое место лишения и ограничения свободы; при причинении физических и психических страданий во время нахождения лица в местах лишения и ограничения свободы, в распоряжении правоохранительных органов или участия в событиях, сопровождающихся вмешательством сотрудников правоохранительных органов и др.

Приложение 19. Схема «Путь пациента»

Заявления, сообщения о насилие/ пытках, и жестоком обращении

Организации здравоохранения Кыргызской Республики, независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности

ПУТЬ ПАЦИЕНТА

- информирование пациента о целях и задачах медицинского осмотра
- безотлагательно проведение медицинского осмотра при осознанном согласии пациента
- установление диагноза заболевания пациента
- оказание пациенту первичной медицинской помощи при необходимости, назначение лечения
- направление при наличии медицинских показаний на дополнительное диагностическое исследование
- заполнение Формы и оформление иной учетной и отчетной медицинской документации
- информирование пациента о результатах осмотра
- информирование пациента о праве на обращение с заявлением в правоохранительные органы
- информирование пациента о праве на проведение судебно-медицинского освидетельствования

ПУТЬ ИНФОРМАЦИИ

пытки и жестокое обращение | другие виды насилия

телефонограмма + извещение в 24 часа

Территориальный орган прокуратуры | Территориальный орган внутренних дел

- прием и регистрация сообщения в учетно-регистрационных документах
- безотлагательное назначение судебной медицинской, психиатрической, психологической экспертиз
- припринятие при необходимости мер по обеспечению безопасности заявителя
- проведение неотложных оперативнорозыскных и иных мероприятий по проверке сообщения

Приложение 20. Адреса и телефоны органов прокуратуры Кыргызской Республики[1]

Прокуратура	Адрес	№ телефона
Генеральная прокуратура КР	г. Бишкек, ул.Токтоналиева 139 e-mail: statement@prokuror.kg	54-24-63
Прокуратура г. Бишкек	720033 г. Бишкек, ул. Абдымомунова, 276 e-mail: bishkek@prokuror.kg	32-34-10
Прокуратура Первомайского района	720000, г. Бишкек, ул. Панфилова, 175	62-12-54, 62-17-56
Прокуратура Ленинского района	720010 г. Бишкек, ул. Московская, 222	35-25-49, 35-27-60
Прокуратура Свердловского района	720011 г. Бишкек, ул. Шопокова, 121	38-20-00, 38-18-38
Прокуратура Октябрьского района	720028 г. Бишкек, ул. Ж.Пудовкина, 150	54-57-72, 54-58-65
Прокуратура Чуйской области	с. Лебединовка, пр. Победы 367 e-mail: chuj@prokuror.kg	60-31-10, 60-31-14 (факс)
Прокуратура Кеминского района	722230 пгт Кемин ул.Чкалова, 59	03135 5-08-00, 45-36-82
Прокуратура г. Токмок	722200 г. Токмок, ул. Трясина, 162	03138 6-34-00, 60-72-20
Прокуратура Чуйского района	с. Чуй, ул. Ибраимова 29	03138 5-80-08, 60-72-30
Прокуратура Ысык-Атинского района	722140 г. Кант, ул.Маликова, 8	03132 5-24-54, 93-09-38
Прокуратура Аламудунского района	722160 с.Лебединовка, ул. Лермонтова, 40	61-72-16, 60-39-39
Прокуратура Сокулукского района	722110 с.Сокулук, ул. Калинина, 61	03134 4-45-25, 60-75-18
Прокуратура Московского района	722040 с. Беловодск, ул. Победы, 4	03131 5-25-05, 60-77-23
Прокуратура Жайыльского района	722000 г. Кара-Балта, пр. Труда, 100	03133 3-10-10, 60-78-17
Прокуратура Панфиловского района	722026 пгт Каинды пер. Садовый, 6	03137 4-19-66, 0-79-91

[1] http://www.prokuror.kg/kontakty.html

Прокуратура Иссык-Кульской области	722347 г. Каракол, ул. Коммунистическая, 64 e-mail: issykkul@prokuror.kg	03922 5-06-09, 5-15-62 (факс)
Прокуратура Ак-Суйского района	722348 с. Ак-Суу, ул. Гагарина, 109	03948 9-15-04
Прокуратура г. Балыкчы	722300 г. Балыкчы, ул. Фрунзе, 298	03944 2-24-46
Прокуратура Джеты-Огузского района	722400 с. Кызыл-Суу, ул. Манаса, 101	03946 22-5-02
Прокуратура Иссык-Кульского межрайона	720315 г. Чолпон-Ата, ул. Советская, 120	3943 4-37-84
Прокуратура г. Каракол	722347 г. Каракол, ул. Октябрьская, 37	03922 3-00-01
Прокуратура Тонского района	722450 с. Боконбаево, ул. Атакана, 57	03947 91-2-36
Прокуратура Тюпского района	722330 с.Тюп ул. Элебаева, 156	03945 2-11-52
Прокуратура Ошской области	714018 г. Ош, ул. К.Датки, 162а e-mail: osh@prokuror.kg	3222 2-36-24, 2-50-81 (факс)
Прокуратура г. Ош	714000 г. Ош, ул. Момунова, 6 e-mail: cityosh@prokuror.kg	03222 2-41-53
Прокуратура Алайского района	715300 с. Гульча, ул. Ленина, 122	03234 2-16-27
Прокуратура Араванского района	715320 с. Араван, ул. Ош-3000, 72	03231 2-21-50
Кара-Кульджинский район	715547 с. Кара-Кульджа, ул. Советская, 12	03239 2-62-76
Прокуратура Кара-Суйского района	715500 г. Кара-Суу, ул. Ленина, 181	03232 2-35-00
Прокуратура Наукатского района	715330 с.Эски-Ноокат, ул. Ленина, 11	03230 2-12-82
Прокуратура Узгенского района	715520 г. Узген, ул. Ленина, 119	03233 2-29-38
Прокуратура Чон-Алайского района	715311 с. Дароот-Коргон, ул. Сулайманова, 109	03237 6-00-20
Прокуратура Нарынской области	722600 г. Нарын, ул. Ленина, 72 e-mail: naryn@prokuror.kg	03522 5-15-64
Прокуратура Атбашинского района	722620 с. Ат-Башы, ул. Арашан, 11	03534 2-11-62
Прокуратура Акталинского района	722640 с. Баетово, ул. Манаса, 43	03537 9-11-08
Прокуратура Джумгальского района	722530 с.Чаек, ул. Ленина, 102	03536 2-22-05
Прокуратура Кочкорского района	722500 с. Кочкор, ул. Куттуксейит уулу Шамен, 31	03535 2-15-72
Прокуратура Нарынского района	722600 г. Нарын, ул. Ленина, 72	03522 5-09-79
Прокуратура г. Нарын	722600 г. Нарын, ул. Ленина, 72	03522 5-15-59
Прокуратура Джалал-Абадской области	715600 г. Джалал-Абад, ул. Эркиндик, 2 e-mail: jalalabad@prokuror.kg	03722 5-30-29, 5-01-19 (факс)
Прокуратура г. Джалал-Абад	715600 г. Джалал-Абад, ул. Эркиндик, 2а	03722 5-30-83
Прокуратура Аксыйского района	715341 с. Кербен, ул. Уметалиева, 153	03742 2-26-66

Прокуратура Алабукинского района	715720 с. Ала-Бука, ул. Ибраимова, 1	03741 2-16-55
Прокуратура Базаркоргонского района	715633 с. Базар-Коргон, ул. Осмонова, 120	03736 2-28-04
Прокуратура Каракульского района	715434 г. Кара-Куль, ул. Панфилова, 5	03746 3-26-83
Прокуратура Майлуусууйского района	715420 г. Майлуу-Суу, ул. Ленина, 72	03744 2-13-78
Прокуратура Ноокенского района	715540 с. Масы, ул. Токтогула, 6	03734 2-15-71
Прокуратура Сузакского района	715650 с. Сузак, ул. Д.Палвана, 5	03748 2-20-65
Прокуратура Ташкомурского района	715430 г. Таш-Кумыр, ул. Ленина, 17	03745 2-07-38
Прокуратура Тогузторойского района	722660 с. Казарман, ул.Ленина, 72	03738 4-17-85
Прокуратура Токтогульского района	715400 пгт Токтогул, ул. Ленина, 11	03747 2-14-92
Прокуратура Чаткальского района	715722 с. Каныш-Кия, ул. Партсъезда, 1	03759 2-14-05
Прокуратура Таласской области	722720 г. Талас, ул. Бердике Баатыра, 246 e-mail: talas@prokuror.kg	03422 5-22-06, 5-27-54 (факс)
Прокуратура г. Талас	724200 г. Талас, ул. Чынгыза Айтматова, 349	03422 5-20-04
Прокуратура Таласского района	722734 с. Кок-Ой, ул. Нооруз, 47	03458 6-01-13
Прокуратура Бакайатинского района	722726 с. Бакай-Ата, ул. Садовая, 20	03457 6-03-37
Прокуратура Карабууринского района	722700 с. Кызыл-Адыр, ул. Межквартальная, 3	03456 6-03-38
Прокуратура Манасского района	722706 с. Покровка, ул. Ольховская, 1	03459 6-03-39
Прокуратура Баткенской области	715100 г. Баткен, ул. Раззакова, 14 e-mail: batken@prokuror.kg	03622 5-00-23
Прокуратура Баткенского межрайона	715100 г. Баткен, ул. Султанмурат мин Башы, 23	03622 3-62-85
Прокуратура Кадамжайского района	715210 с. Пульгон, ул. Гагарина, 12	03655 5-08-76
Прокуратура Ляйлякского района	715000 г. Исфана, ул. Манас-Ата, 29	03656 5-05-38
Прокуратура г. Сюлюкта	715010 г. Сулюкта, пос. Кош-Булак, ул. Жураева	03653 5-00-20
Прокуратура г. Кызыл-Кия	715200 г. Кызыл-Кия, ул. Молодежная, 1	03657 5-20-02
Военная прокуратура КР	720040 г. Бишкек, ул. Логвиненко, 25 e-mail: military@prokuror.kg	61-16-91, 66-57-06 (факс)
Прокуратура по надзору за законностью в исправительных учреждениях	г. Бишкек, бул. Эркиндик, 39 а e-mail: spesial@prokuror.kg	62-05-49
Кыргызская транспортная прокуратура	г. Бишкек, ул. Л.Толстого, 65 e-mail:transport@prokuror.kg	41-61-60

Приложение 21. Перечень учреждений интернатного типа систем здравоохранения, образования, социального развития, обороны и режимных учреждений МВД КР и ГСИН КР

№	Наименование субъекта	Местонахождение	Ф.И.О. руководителя учреждения	Контактные данные
Интернаты и детские дома				
Государственные детские дома				
Чуйская область				
1.	Беловодский дошкольный детский дом	722041, Чуйская область, Московский район, с. Ак-Суу, ул. Дружбы, 10	Михалкина Галина Павловна (Горохова Анна Геннадьевна)	Тел. 0 3131 22521, 52664 Д.52837 0 543 848882
2.	Военно-Антоновский детский дом	722130, Чуйская область, Сокулукский район, с. Военно-Антоновка, ул. Фрунзе, 118	Масылов Аскар Сарежидинович	Тел. 0 3134 33172, 33043 0 772 34 75 42
Ыссык-Кульская область				
3.	Ак-Суйский детский дом для сирот	722347, Ысык-кульская область, Аксуйский район, с. Теплоключенка, ул. Ленина, 152	Урмолдоев Доолоткелди (Ниязова Женишкуль Карабековна)	0 3948 91180 0 772 853051
Жалал-Абадская область				
4.	Октябрьский детский дом	715662, Джалал-Абадская область, Сузакский район, с. Октябрьское (Таштан)	Маматова Бегаим Маматовна	Ф. 0 3722 56202 раб.Д. 0 3722 56167, 0 772 24 07 02
5.	Майли-Суйский детский дом «Рахат»/Майлуу-Суйский городской дом интернат беспризорников и детский общеобразовательный центр	715420, Джалал-Абадская область, г. Майлуу-Суу, ул. 50 лет Киргизии	Досов Джанбулат Абдумаматович	0 3744 54 96 4 23 96 4
Баткенская область				
6.	Уч-Коргонский детский дом для детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей	715203, Баткенская область, Кадамжайский район, с. Уч-Коргон, ул. Андижанская, 84	Сафонова Татьяна Ивановна	Тел.(03655) 22340, 22425 Ф.32340 Д.32019
Нарынская область				
7.	Пришкольный детский дом Нарынского областного лицея	г. Нарын, ул. Ленина 288	Мурзакматова Айгуль	—
Всего 7 учреждений				

Государственные дома-интернаты				
Чуйская область				
8.	Художественная школа интернат при Академии Художеств КР	Бишкек	Медеров Таир Туларович	483245
9.	Чуйская областная Школа-гимназия интернатного типа для одаренных детей из малообеспеченных семей	Чуйская область, Аламединский район с. Таш-Добо, ул. Больничная, 14	Жусупова Бюбюкан Сыдыковна	0772422728
10.	Чуйская школа-интернат для детей-сирот	722201, Чуйская область, Чуйский район, с. Чуй (Ак-бешим), Чуйская школа-интернат	Ниязалиев С.Т. (Жунусова Кантбюбю Усенбаевна)	Тел. 39322 0 3138 58993 д. 57806, с. 0 772 20 57 47 (Жунусова)
11.	Учреждение «Бишкекская гимназия-интернат №1 имени Абдылды Каниметова	Чуйская область, Бишкек, Жибек-Жолу 625	Байматов Нуркалый	656578 654245
12.	Панфиловская школа-интернат для детей-сирот и детей без попечения родителей	722020, Чуйская область, Панфиловский район, с. Панфиловское, ул. Центральная, 402 (247)	Акпаров Б.А. (Усупбаев Раимбек Усупбаевич)	Тел. 23459 0 3137 45449, 45459, 0 772 81 92 81 (Усупбаев)
13.	Начальная школа Таш-Башат Ысык-Атинского района	Ыссык-Атинский район, с. Таш-Башат, ул. Турусбекова б/н	Байтемирова Гульжан Джекшеновна	
14.	ШГИ №10 им Макаренко	Жайылский район, г. Кара-Балта, ул. Коммунистическая 3	Ногоев Турусбек Молдобекович	
15.	Токмокский лицей Себат	г. Токмок, ул. Кирова 16	Мехмет Эрдоган	
16.	Кыргызский государственный национальный военный лицей им Асанова	г. Бишкек, Ленинский район, ул. Некрасова 1	Асивеев Сагынбек Сантаевич	48 6 34
17.	Кыргызско-турецкий Анадолийский лицей для одаренных детей	г. Бишкек, Ленинский район, мкр. Джал	Иманалиева Бурулсун Джапаровна	55 0 93
18.	Республиканская среднеспециальная музыкальная ШИ им. Абдраева	г. Бишкек, Первомайский район, ул. Боконбаева 146 а	Абдуллаев Адылжан Абдуллаевич	21 7 22
19.	Бишкекский Кыргызско-турецкий женский лицей «Айчурек»	г. Бишкек, Свердловский район, мкр. Аламедин-1	Эмруллах Дурмаз	22 6 61, 23 64 26
20.	Республиканское училище олимпийского резерва им. Сыдыкова	г. Бишкек, Свердловский район, ул. Кольбаева 33	Оболбеков Касымкул Алтынбекович	23 75 50, 23 63 50

Ыссык-Кульская область				
21.	Женский учебный комплекс-лицей Себат	Ыссык-Кульский район, с. Чок-Тал	Халил Коч	32 56 18, 57 13 25
Ошская область				
22.	Лицей Школа-интернат им. Уркуи Салиевой	Ошская область, г. Ош, ул. Кыргызстана, 409	Кудайкулов А.	3222 1 директор
23.	Гимназия школа-интернат №61 им. Кыйчана Жакыпова Карасуйского района	Ошская область, Карасуйский район, с. Карасуу, Салиева 1	Макамбаев Адылбек	3232 1
24.	Мырза-Акинская школа-интернат для детей сирот	Ошская область, Узгенский район, с. Мырза-Аки	Сарыков Калыйнур Турдамаматович	0 3233 42698 0 555 06 20 13
Жалал-Абадская область				
25.	Лицей-интернат имени Мавлянова	Жалалабадская область Аксыйский район, село Кербен	Мирзалиева Мадина	0 3742 50276 0374250273 дирек.
26.	ШИ им. Боконбаева	Базар-Коргонский район, с. Базар-Коргон	Калимбетов Бекболот Азимович	
27.	ЛИ №75 им. Кочкора Эрматова	Сузакский район, с. Бостон	Баев Акбарали Токторалиевич	
28.	Кочкоратинская ШИ им. Исанова	Ноокенский район, г. Кочкор-Ата, ул. Мурожана 1	Нусунбеков Асан	
29.	Ш-И-Г им. Ленина	Чаткальский район, пгт. Сумсар	Стамбеков Нурмамат	
30.	Жалал-Абадский женский лицей	г. Джалал-Абад, ул. Островского 143	Ахмет Динч	
31.	Жалал-Абадский кыргызско-турецкий мужской лицей им. Курманбека батыра	г. Джалал-Абад, ул. Ленина 15	Саид Таш	50 380
Баткенская область				
32.	Дом-интернат имени Испана Абдрахманова	Баткенская область, г. Кызыл-Кия, ул. Асаналиева, 2	Ахматов Тынычбек Талакалович	Тел. 0 3657 50514
33.	Гимназия-интернат имени Гапарова	Баткенская область, Ноокатский р-н, с. Фрунзе	Мурзаев Акмаатали	Тел. 21554
34.	Кадамжайский лицей	Кадамжайский район, с. Пульгон, ул. Школьная 1	Нурматов Абибилла	23 65
35.	Баткенская областная-гимназия интернат	Баткенская область г. Баткен, ул. Сабырова 1	Кадырова Авдинаби	03622 50969 46 61

36.	Кызыл-кийский лицей Себат	г. Кызыл-Кия, ул. Спортивная 1	Орхан Жошкунер	233
37.	Кызыл-Кийская (неполная) ШИ №13	г. Кызыл-Кия, ул. 25 партсъезда	Урустамов Жениш Сарыбашевич	
Нарынская область				
38.	Нарынская областная ШЛИ им. Асанова	г. Нарын, ул. Ленина 288	Мурзакматова Айгуль Сапарбековна	24 72
39.	Дом интернат детей и людей пожилых возрастов Ак-Талинского района	722640, Нарынская область, Ак-Талинский район, с. Баетово, ул. Манаса	Мурсалиева Курманжан Касыгуловна	
40.	СШ им. Шералиева	Ат-Башынский район, с. Ат-Башы, ул. Иманбердиева 125	Осмонов Эшимбек	
41.	Нарынский лицей им. Субакожоева	г. Нарын, ул. Ленина 92	Ришит Кочман	
Таласская область				
42.	Таласская областная школа-интернат	722720 Таласская обл., Таласский район, ул.Арзыбай, д.26а	Осмонкулова Гульбара Убалиевна	3422 81
43.	Лицей Улукман интернатного типа с уклоном английского, математики и иформатики	Таласская область, Манасский район, с. Покровка, ул. Чойбекова 2	Калыбаева Гульдана Жумадиловна	3459 2
44.	Чалдоварская школа-интернат для детей-сирот	Таласская область, Бакайатинский район, с. Кызылсай	Ормотоев Саматбек Акпарович	0 3457 31584 0777 26 86 11
45.	Таласский областной ЛИ «Манас» для одаренных детей из социально-малообеспеченных семей	Таласский район, с. Манас, ул. Арталбека б/н	Жанузаков Жаныш Борошевич	0 3458 21105, 21863, 21273
46.	Международный Таласский кыргызско-турецкий женский лицей Мээрим и Себат интернатного типа	Таласский район, г. Талас, ул. Фрунзе 340	Жафер Топжан	0 3422 53 042, 52438, 55583
47.	Талаский областной лицей-комплекс иностранных языков	Таласский район, г. Талас, ул. Фрунзе	Момунбеков Станбек Жылдызович	03422 53 788
48.	Таласский мужской лицей Себат	Таласский район, г. Талас, ул. Турдалиева 119	Жумалиев Майрамбек Орозбаевич	0 3422 53209, 52696
Всего 41 учреждение				

Адаптационные и реабилитационные центры				
Чуйская область				
49.	Чуйский областной центр реабилитации детей-инвалидов и подростков с ограниченными возможностями «Максат»	Чуйская область, Аламединский район, поселок Дачный, ул. Ленина, 14	Абдыкеримова Роза Шакировна	699049
50.	Учреждение «Детский патронатно-адаптационный центр «Умут»	722140, Чуйская область, Ысыкатинский район, г. Кант, ул. Молодежная, 42	Эстемесова Зарийда Халиловна	Тел. 21780 3132 58761
51.	Учреждение «Детский эстетический реабилитационный центр»	720017, г. Бишкек, Ленинский район, ул. Турусбекова, 4, кв. 2	Акбанова Динара Джумашевна	Тел. 22 17 80
52.	Учреждение «Центр социальной адаптации детей»	720038, г. Бишкек, Ленинский район, ул. Курчатова, 70	Ткачева Елена Александровна	Тел. 485520, 485615
53.	Учреждение «Бишкекский центр адаптации и реабилитации несовершеннолетних МВД КР»	720010, г. Бишкек, Ленинский район, ул. К.Акиева, 1 «а»	Жылкычиев Кулат Турсунович	Тел. 257 363
54.	Центр реабилитации беспризорных детей г. Бишкек	720044, г. Бишкек, первомайский район, ул. Новая, 1	Петрушевский Алексей Владимирович	Тел. 217 865
55.	Общественное некоммерческое объединение детский реабилитационный центр «Умут-Надежда»	720049, г. Бишкек, Октябрьский район, 12 мкр., 46, кв. 63	Шелике Карла-Мария	Тел. 463 364
56.	Центр дневного пребывания детей с ограниченными возможностями (в ДОУ «Золтой петушок»)	г. Карабалта, ул. Спортивная 7	Шуба Валентина Яковлевна	—
57.	ПАЦ «Сюзен»	г. Кант, ул Ленина 47	Захарова Г. И.	03132 50918
58.	Центр помощи семье и детям «Келечек»	с. Киргшелк, ул. Садовая 5а	Джаманкулова Ж. К.	0 3132 54418
59.	Реабилитационный приют для детей	Г. Бишкек мкрн. Учкун	Джунусалиева Жамиляхан Базарбековна	428880
Ыссык-Кульская область				
60.	Ыссык-кульский центр социальной адаптации и реабилитации беспризорных детей г. Каракол	722360, Ысык-кульская область, г. Каракол, ул. Пионерская, 29	Дубанбаева Чынар Сартпаевна	Тел.24052

61.	Ыссык-кульско-Нарынский межобластной центр адаптации и реабилитации несовершеннолетних беспризорных детей	722300, Ысык-кульская область, г. Балыкчы, ул. Гагарина, 26	Кошоев Ислам Амангулович	
62.	Реабилитационный центр «Арча»	Жети-Огузский р-н, ул. Первомайская 77	Баратова А.	21351
Ошская область				
63.	Центр адаптации и реабилитации несовершеннолетних УВД Ошской области	714000, г. Ош, ул. Ленина, 516	Сабиров Тахир Эркинович	
64.	Детский центр восстановительного лечения	714000, г. Ош, ул. Ленина, 306	Кыштабаева Сайрагуль Олжобаевна	Тел. 23993
Жалал-Абадская область				
65.	Базар-Коргонский детский реабилитационный центр	715633, Джала-Абадская область, Базаркоргонский район, с. Базар-Коргон, ул. Ленина, 154	Укубаева Кундуз	Тел. 22652
66.	Сузакский детский реабилитационный центр «Жоогазын»	715654, Джалал-Абадская область, Сузакский район, с. Джийде	Батырбекова Мейманкан	
Всего 17 учреждений				
Частные детские дома и приюты при общественных объединениях.				
Чуйская область				
67.	Учреждение «Детский приют «Малыш»	722140, Чуйская область, Ысыкатинский район, , г. Кант, ул. М. Горького, 113	Сорокина Оксана Анатольевна	Тел. 23350
68.	Филиал общества с ограниченной ответственностью «Ферст Чайлд-Кара-Балта»	722030, Чуйская область, Жайылский район, г. Кара-Балта, ул. 40 лет Киргизии, 18	Хьюэ Джесси Уэсли	
69.	Семейный детский дом	Чуйская область, Аламединский район, с. Луговое, ул. Тупик, 4	Шайманалиева Замира Айталиевна	851
70.	Детский дом семейного типа «Бейкут»/ проект «Спасите Детей» (Дания)	Чуйская область, г. Токмак, ул. Чкалова,4	Тынаева Э.	61531
71.	ОО Детский дом семейного типа «Туболук»	722030, Чуйская область, Жайылский район, г. Кара-Балта, пер. Веселый, 5, кв. 4	Назарбекова Анаргуль Султановна	

72.	ОО «Частный детский дом «Нурмээайса» (Центр временного пребывания детей)	722241, Чуйская область, Кеминский район, пгт. Орловка, ул. Победы, 16	Кирибаева Гульнара Сейтбековна	Тел. 25453 32503
73.	Детский дом семейного типа «Мээрим-ментор»	Чуйская область, Московский район, С. Аксуу, ул. Советская, 17	Абыканова Айжамал Камбарбековна	51466
74.	Многопрофильная фирма «Семейный» детский дом «Келечек»	720011, г. Бишкек, Свердловский район, ул. Жибек-Жолу, 403	Карчигаева Дамира Смаиалиевна	Тел. 476 596
75.	Филиал общественного фонда «SOS-Детские деревни Кыргызстана» «SOS – Детская деревня г. Бишкек»	720044, г. Бишкек, Октябрьский район, ул. Токтоналиева, 137	Джунусов Талайбек Султанович Токторбаева Айнура Апандиевна	54 25 42 (45, 46) Факс. 54 25 43
76.	Карабалтинский детский дом фонда «Ырайым»	Чуйская область, г. Карабалта, ул. 40 лет Киргизии	Яшин Владимир Владимирович	03133 73189
77.	Семейный детский дом «Алтын Уя», ДПАЦ «Умут»	Ысык – Атинский р-н, г. Кант, ул. Молодежная 43	Эстемесова З. Х.	03132 58761
78.	Общественный благотворительный фонд «Детский ковчег»	с. Новопокровка, ул. Кирова 13а	Курманов Э.	—
79.	Семейный детский дом «Эне бала»	с. Беловодское, ул. Ленина 94б	Токтоматова Суусар	52316
80.	Приют «Шарлота»	г. Кара-Балта, ул. Кожомбердиева 106	Беликова Любовь Егоровна	03133 201 09
81.	ДД при ОО «Центр защиты детей»	г. Бишкек, Ленинский район, ул. Астраханская 31	Итикеева Мира Эсенбековна	42 2 50
82.	ОБФ «Светлый путь»	г. Бишкек, Октябрьский район, 8 мкр., 14 а	Кочеткова Валентина Степановна	57 9 70, 48 64 34
83.	Центр дневного пребывания детей с ограниченными возможностями (в ДОУ «Золотой петушок»)	г. Кара – Балта, ул. Спортивная 7	Шуба Валентина Яковлевна	
84.	ДД при ОО «HAFEN»	г. Бишкек, Первомайский район, ул. Щусева 6	Герс Иоханнес	68 19 68
Ыссык-Кульская область				
85.	Общественное объединение «Частный детский дом Мээрим булагы»	722333, Ыссык-кульская область, Тюпский район, с. Ак-Булун	Дегенбаева Гульнара Орозбаевна	0770 55 00 01

86.	Филиал республиканского благотворительного фонда «SOS-Детские деревни Кыргызстана» «Детский дом семейного типа «SOS – Детская деревня Чолпон-Ата»	722315, Ысык-кульская область, Ысык-кульский район, г. Чолпон-Ата, 3 мкр.	Абдиев Бакытбек Имангазиевич	Тел. 52630, 52066. Т-факс. 52433
87.	Детский дом «Дружная семья»	722316, Ысык-кульская область, Ысык-кульский район, с. Семеновка, ул. Школьная 10а	Студеникина Светлана Михайловна	03943 63536 0543 849894 (муж) 543 3012 (жен)
88.	Детский дом «Дети Тянь Шаня»	Ыссык-Кульская область, г. Балыкчи		03944 20413
89.	ДД «Каракол»	г. Каракол, ул. Карасаева 135	Абылкасымова Гульнара Коммунаровна	20 3 6
90.	ДД «Келечек» семейного типа	Жети-Огузский район, ул. Красновосточная 59	Баратова А.	0 3966 200 94
Нарынская область				
91.	Семейный детский дом «Калича Апа»	722600, Нарынская область, г. Нарын, ул. Рыскулова, 75	Асанов Улан	Тел. 22544
92.	Пришкольный частный детский дом сш. им. Чолпон Акназарова	Нарынская обл., Кочкорский р-н, с. Чолпон, сш.им. Акназарова	Абакирова Акыл	—
Всего 26 учреждений				
Детские дома и приюты при религиозных фондах и организациях.				
Чуйская область				
93.	Учреждение «Детский приют для детей сирот мальчиков школьного возраста имени аль-Бухари»	722189, Чуйская область, Аламудунский район, с. Октябрьское, ул. XXII Партсъезда, б/н	Магомедов Муса Мирзагаджиевич (ген. директор) Бабаев Рамазан (директор) 0 772 29 84 72	Тел. 54-35-67 Айыл-окмоту 451773
94.	Учреждение «Кувейтский детский приют»	720022, г. Бишкек, Свердловский район, ул. Волгоградская, 67	Соорова Гулнара Эсеналиевна (Шафик Мухаммад Абдель Таввап)-минобраз	Тел. 630 559 (63 2 65)
95.	Кеминская частная спецшкола-интернат для умственно-отсталых детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей Благотворительного фонда «Ырайым»	722230, Чуйская область, Кеминский район, пгт. Кемин, ул. Шевченко, 32	Крутина Елена Геннадьевна Босикова Галина Матвеевна	Тел. 03135 25711

96.	Детский дом при благотворительном христианском фонде «Ырайым»	Чуйская область, г. Токмок, ул. Гагарина 68	Низамудинова Ф.А.	61675
97.	Благотворительная начальная школа-интернат при Церкви адвентистов седьмого дня.	Чуйская область, Чуй-Токмок, Школьная 15	Беликова Валентина Андреевна	03138 57028 32673
98.	Ивановская христианская школа «Ырайым»	Ыссык-Атинский район, с. Ивановка, ул. Театральная б/н	Захарченко Р.Ф.	3132 40401
99.	ДД при христианской средней общеобразова. Школе «Нариste»	Жайылский район, г. Кара-Балта,ул. 40 лет Киргизии, 18	Гладилина Мария Ивановна	619 27 61926
Ыссык-Кульская область				
100.	Филиал благотворительного христианского фонда «Ырайым»	722360, Ысык-кульская область, г. Каракол, ул. Тельмана, 135	Пестов Сергей Витальевич	Тел. 23128 03922 50773
Всего 8 учреждений				
Специализированные учреждения для детей с особыми нуждами				
Чуйская область				
101.	Республиканский специализированный дом ребенка для детей с поражением центральной нервной системы и нарушением психики	722200, Чуйская область, г. Токмок, ул. Гагарина, 82	Гринько Татьяна Павловна	Тел. 20375, 23012
102.	Беловодский психоневрологический детский дом-интернат	722040, Чуйская область, Московский район, с. Беловодское, ул. Крупской, 157	Исраилова Вера Усуркановна	Тел. 58508 (0 3131 58309, 58494)
103.	Нижне-Чуйская начальная специальная школа-интернат для детей с задержкой психического развития	722131, Чуйская область, Сокулукский район, с. Нижнечуйское, ул. Гагарина, 5 (10)	Скак Тамара Карыповна (Жумагазиев Нурланбек Сарынжиевич)	Тел. 0 3134 27186, 27184 Ф. 27186 0 555 325715, Д. 0 772 931688
104.	Ортосуйская вспомогательная школа-интернат (для умственно-отсталых детей)	722052, Чуйская область, Жайылский район, с. Орто-Суу, ул. Сенирбаева	Абаева Клара Сураналиевна (Мамыркожоева Гулиса Алманбековна)	0 3133 453 591, 0 777 443226 (Мамыркожоевой) 3133 3
105.	Дмитриевская специальная общеобразовательная (вспомогательная) школа-интернат для умственно-отсталых детей	722154, Чуйская область, Ысыкатинский район, с. Дмитриевка, ул. Ленина, 28	Пискунов Александр Григорьевич (Конокбаев Замир Чоконович)	Тел. 32508, 0 3132 58055, 0 773 663755 (Конокбаев)

106.	Краснореченская вспомогательная школа-интернат (для умственно-отсталых детей)	722222, Чуйская область, Ысыкатинский район, с. Красная речка, ул. Октябрьская, 62	Кульбеда Алла Ильинична	Тел. 0 3132 44091, 44092, 44090
107.	Учреждение «Сокулукская школа-интернат для детей с тяжелыми нарушениями речи»	722110, Чуйская область, Сокулукский район, с. Сокулук, ул. Ленина, 124	Судакова Светлана Викторовна	Тел. 0 3134 49158, , 43198, 555 268686
108.	Петровская вспомогательная школа-интернат (для умственно-отсталых детей)	Чуйская область, Московский район, с. Петровка, ул. Центральная, 382	Астафьеф М. В. (Наспекова Венера Асаналиевна)	0 3131 56170, 56199, 0772 691269
109.	Образовательное учреждение «Специальная (вспомогательная) школа №22	720054, г. Бишкек, Ленинский район, ул. Интергельпо	Сыдыкова Майрамкуль Муратбековна	Тел. 653 716
110.	Образовательное учреждение «Специальная (вспомогательная) школа №34	720073, г. Бишкек, Октябрьский район, 5 мкр., 49/1	Карасартова Гулизат Райымбековна	Тел. 474 551
111.	Специальная общеобразовательная школа-интернат для слепых и слабовидящих детей	720005, г. Бишкек, Первомайский район, ул. Кулатова, 37	Урсеитова Калиман Амановна	Тел. 423 360 Тел. 590077, 590041, 0 543 842853
112.	Специальная школа-интернат для глухих детей	720022, г. Бишкек, Свердловский район, ул. Ворошилова, 25	Манкеева Джакан (Джаманбаева Канykей Джузумалиевна)	Тел. 237 494, 237506, (0 772 156946, 0 555 431667)
113.	Образовательное учреждение «Специальная (вспомогательная) школа №30	720011, г. Бишкек, Свердловский район, пр. Чуй, 76	Новичкова Раиса Андреевна	Тел. 281 894
114.	Спец. школа-интернат для слабослышащих и позднооглохших детей №21	г. Бишкек, ул. Дачная, 23	Сатывалдиева Эркингуль Мамытовна	Тел. 271713, 271660, 0 555 490480, д. 281308
Ошская область				
115.	Вспомогательная школа №12 им. Н. К. Крупской	714014, г. Ош, ул. Кыргызстана, б/н	Ниязова Рахиля Ахметжановна	
116.	Ошская областная школа-интернат глухих детей (Карасуйская школа-интернат для глухих детей)	715511, Ошская область, Карасууский район, с. Коммунизм	Саматов Замир Абдыраманович	Тел. 20457, 0 3232 26555, 0 772 175842, Гл.бух. 0 773 069225
117.	Средняя школа им. Раззакова	Ошская область, Узгенский район, с. Мырза-Аке	Шамилов Эртобылда	

118.	Специальная общеобразовательная школа-интернат для слепых и слабовидящих детей г. Ош	714000, г. Ош, мкр. Западный (Кеме-Тоо), б/н	Кудайкулова Айгуль Мамаджановна	0 3222 63968, 65654 0 772 225014
119.	Карасуйская ШИ глухих детей	Карасуйский район	Сматов Замир Абдыраманович	0 3232 26 555, 0 772 17 58 42 Гл. бух. 0773069225
Жалал-Абадская область				
120.	Джалал-Абадский детский психоневрологический дом интернат	715601, Джалал-Абадская область, г. Джалал-Абад, ул. Октябрьская, 440	Абдылдаев Абазбек	Тел. 0 3722 50513, 0 3722 52556
121.	Специализированная школа-интернат	715646, Джалал-Абадская область, Ноокенский район, с. Шайдан	Сатаров Заирбек	
122.	Ноокенскакя вспомогательная школа-интернат для умственно-отсталых детей	Джалал-Абадская область, Ноокенский район	Калмаматова Махбуба Маматалиевна	0 3734 50258 Д. 21466, 0 555 792023
Баткенская область				
123.	Уч-Коргонская специальная общеобразовательная (вспомогательная) школа-интернат для умственно отсталых детей	715203, Баткенская область, Кадамжайский район, с. Уч-Коргон, ул. Ленина	Шарафутдинов Юсуфжан (Раимжанова Замира Мамарзыковна)	Тел. 0 3653 32211, 32130, 22425 772 786614
124.	Сулюктинская вспомогательная школа-интернат для умственно-отсталых детей	Баткенская область, Кошбулак айылокмоту, г. Сулюкта, ул. Дехканова	Джураева Рабия Дехкановна (Юлдашев)	0 3653 23175 0 773 14 55 95 (Джураева)
Таласская область				
125.	Таласская вспомогательная школа интернат (для умственно-отсталых детей)	722721, Таласская область, Таласский район, с. Кум-Арык, ул. Т. Казакова, 78	Джоробекова Шаиргуль Барпиевна	Тел. 21126, 0 3422 53381 (42320, 43179)
Всего 25 учреждений				
Санаторные школы-интернаты и лечебные центры				
126.	Сосновская санаторная школа-интернат	с. Сосновка, ул. 1-Мая	Джунушбаев Аблабек Насыпбекович	3133 96254
127.	Белогорская санаторная лесная ШИ	Сокулуукский район, с. Тош-Булак, ул. Советская	Ажигулов Алиаскар	

128.	Школа-интернат для детей больных туберкулезом имени Токтогула Сатылганова	Ошская область, село Ноокат(10 км)		
129.	Центр реабилитации для детей и подростков с ограниченными возможностями «Максат»	Лебединовский аилкенеш, с. Дачное, 722178, ул. Ленина, 14	Абдыкеримова Роза Шакировна	41-19-92
130.	Дом-интернат «Боорукердик» (Ошский городской пульманологический центр)	714000, г. Ош, ул. Ферганская, 9	Таштанова Бусара Муссаевна	03222 23262
Всего 5 учреждений				
Учреждения для детей, нуждающихся в особых условиях воспитания				
131.	Беловодская специальная школа для детей, нуждающихся в особых условиях воспитания	Чуйская область, с. Беловодское , Московский район, ул. Крупская, 28	Алымбаев Эмилбек Дуйшонкулович	03131 57985 54294 57897 0543067699
1 учреждение				
Учреждения, имеющиеся в списках государственных органов, но фактически несуществующие				
Чуйская область				
132.	Мусульманский детский приют «Милосердие-Боорукерлик»	722010, Чуйская область, Жайылский район, с. Жайыл	Калыбек-ажы Акбар Жанузак улуу	Номер не числится. Тел. Айыл окмоту 03133 31671
Ыссык-Кульская область				
133.	Иссыкульская областная художественная школа-интернат	Иссык-Кульская область, Иссык-кульский район, с. Бактуу-Долонотуу	Исхаков О.	В этом селе нет интерната
Координаты домов-интернатов системы МСР КР				
г. Бишкек				
134.	Бишкекский дом-интернат для престарелых	г. Бишкек, ул. Абая, 57	Курманалиева Эркингуль Курманалиевна	54-15-74
Чуйская область				
135.	Нижне-Серафимовский дом-интернат для престарелых и инвалидов	Ысык-Атинский район, с. Нижне-Серафимовка	Адиев Каныбек Маматбекович	0-3132 - 70944 453769
136.	Сокулукский дом-интернат для престарелых и инвалидов	Сокулукский р-н, с. Кызыл-Туу, ул. Кирова, 86	Багишпеков Тыныстан Турарбекович 0772 390415	031-22-5-19-64

137.	Беловодский детский дом п/н дом интернат	Московский р-н, с. Беловодское, ул. Крупская, 157	Такырбашева Светлана Бейшеналиевна	031-31-5-32-22
138.	Токмакский мужской п/н дом-интернат №1	Чуйская обл., Чуйский р-н, с. Искра, 1л. Шарабас, 6	Салиев Жумадил Ражанович	47-18-08
139.	Токмакский смешанный п/н дом интернат №2	г. Токмок, ул. Слободская, 116	Жумалиев Курманкул Жумалиевич	031-38-6-13-31
140.	Жайылский женский п/н интернат	Жайылский р-н, г. Кара-Балта, п. Индом	Байгулов Нурлан Омурбекович	69-90-86
141.	Бишкекский дом интернат для престарелых	Г. Бишкек	Абдырасулова Галина Керимовна	299118
142.	Центр реабилитации инвалидов		Аманкулова Гульнара Абзатовна	679371
143.	Ленинский дом интернат для пожилых		Алышева Айчурок Алымкуловна	653711
Жалал-Абадская область				
144.	Жалал-абадский детский п/н дом-интернат	г. Жалал-Абад, ул. Октябрьская, 440	Алимжанова Дамира Курсановна	37-22-2-05-19
145.	Сузакский дом-интернат для престарелых и инвалидов	Жалал-Абадская область, Сузакский р-н, с. Октябрьское, ул. Советская б/н	Узакбаева Майрам Узакбаевна	037-22- 5-19-64
146.	Токтогульский дом-интернат для престарелых и инвалидов «Кара-Каш»	Токтогульский р-н с. Кызыл-Туу	Абдыбаева Гульмира	03747-5-02-06 (ф)
Баткенская область				
147.	Кадамжайский смешанный п/н дом-интернат	Баткенская обл. Кадамжайский р-н, с.Кара-Дөбө, ул. Эшматова, 64 инд 715207	Калматов Талас Сагынбаевич 0555 041017	036-55- 56976
148.	Сулюктинский дом-интернат для одиноких пожилых	Сулюкта, ул. Мамбетова Б.	Кадермятова София Андреевна 0555 275168	03653 50034
Таласская область				
149.	Бакай-Атиснкий дом-интернат для ЛОВЗ реабилитационного характера	Таласская обл. Бакай-Атинский р-н, с.Бакай Ата ул. Манаса 82, инд. 722726	Туманова Бурулуш 0777 389907	03457 32337
Иссык-Кульская область				
150.	Ак-Суйский женский п/н дом интернат	И-Кульская обл., Аксуйский р-н, с. Теплоключенка, ул. Калинина 55. Инд. 722347	Усенбаева Нарынкуль Садыбакасовна 0555 799906	03948 91359 91541

Учреждения МЗ КР				
г. Бишкек				
151.	Городской специализированный дом ребенка	г. Бишкек (Октябрьский р-н), 720005, ул. Белорусская, 121	Майтиков Турман Керимович	51-07-54
152.	Республиканский центр психического здоровья	Г. Бишкек (Окт. р-н), 720075, ул. Байтик Баатыра, 1	Бегматов Канымбу Каримович	51-03-28, 570938
Чуйская область				
153.	Республиканский специализированный дом ребенка для детей с поражением ЦНС	г. Токмок, ул. Гагарина, 82	Гринько Татьяна Павловна	03138-2-01-77
154.	Республиканская психиатрическая больница «Чым-Коргон»	Чым-Коргонский айылкенеш, с. Чым-Коргон, ул. Казакбаева	Ажибеков Жанысбек Асылбекович	03135-2-72-37, 2-72-25
155.	Детский психоневрологический санаторий «Родничок»	Петровский аилкенеш, с. Петровка, 722050, ул. Заводская, 41	Базарбаева Чинара Беташевна	570-40
Жалал-Абадская область				
156.	Республиканская Психиатрическая Больница	Кызыл-Джарский поселковый кенеш, пгт. Кызыл-Джар, ул. Карла Маркса, 23	Курманалиев Музурхат Октябрьевич	03745-60-305
157.	Жалал-Абадский областной центр психического здоровья	г. Жалал-Абад, 715601, ул. Пушкина, 148 а	Жанороев Бараталы Жоробекович	7-34-57
158.	Областной детский реабилитационный центр «Бакыт»	г. Жалал-Абад, 715607, ул. Тайгараева, 6/14	Бакиева Турдукан Бакиевна	4-17-33, 4-17-56
Ошская область				
159.	Ошский дом ребенка	г. Ош, 714000, ул. Ленина, 296	Сманаалиева Эркегуль Жуматаевна	2-78-90, 2-22-68
160.	Ошский областной центр психического здоровья	г. Ош, 723506, ул. Касымбекова, 9	Омурзаков Абдыракман	5-72-88, 3-35-29
Иссык-Кульская область				
161.	Республиканский реабилитационный центр для взрослых «Жети-Огуз»			
Список режимных учреждений системы МВД КР				
г. Бишкек				
162.	ИВС	УВДТ МВД		0312-35-12-70
163.	ИВС	ГУВД г. Бишкек		0312-48-63-53

Чуйская область				
164.	ИВС	ОВД Кеминского района		пгт. Кемин, ул. Победы-18, тел: 616841
165.	ИВС	ГОВД г. Токмок		г. Токмок, ул. Красина-147 тел: 607226
166.	ИВС	ОВД Иссык-Атинского района		г. Кант, ул. Фрунзе -8 тел: 616907
167.	ИВС	ОВД Сокулукского района		с. Сокулук, ул.Фрунзе-165, тел: 607567
168.	ИВС	ОВД Московского района		с. Беловодское, ул. Ленина, тел: 607727
169.	ИВС	ОВД Жайылского района		г. Кара-Балта, ул. Центральная – 56 тел: 607828
170.	ИВС	ОВД Панфиловского района		пгт. Каиндаул., Труда – 37 тел: 607989
Иссык-Кульская область				
171.	ИВС	ОВД г. Каракол		03922-51-380
172.	ИВС	ОВД Тюпского района		03945-24-412
173.	ИВС	ОВД Жети-Огузского района		03946-51-495
174.	ИВС	ОВД Иссык-Кульского района		03943-43-980
175.	ИВС	ОВД г. Балыкчы		03944-32705
176.	ИВС	ОВД Тонского района		03947-91-342
Нарынская область				
177.	ИВС	ОВД г. Нарын		03522-50-908
178.	ИВС	ОВД Ат-Башинского района		03534-23-283
179.	ИВС	ОВД Ак-Талинского района		03537-92-187
180.	ИВС	ОВД Кочкорского района		03535-50-779
181.	ИВС	ОВД Жумгальского района		03536-23-459
Таласская область				

182.	ИВС	УВД г. Талас		03422-52-779
183.	ИВС	ОВД Кара-Буринского района		03422-60-072
Жалал-Абадская область				
184.	ИВС	ОВД г. Жалал-Абад ГОМ Курманбек		03722-55-078
185.	ИВС	ОВД Сузакского района		03748-50-209
186.	ИВС	ОВД Базар-Коргонского района		03736-50-261
187.	ИВС	ОВД Ноокенского района		03734-50-544
188.	ИВС	ОВД г. Майлуу-Суу		03744-50-633
189.	ИВС	ОВД г. Таш-Кумыр		03745-50-257
190.	ИВС	ОВД Ак-Сыйского района		03742-50-032
191.	ИВС	ОВД Ала-Букинского района		03741-50-771
192.	ИВС	ОВД Чаткальского района		03749-60-050
193.	ИВС	ОВД г. Кара-Кол		03746-51-200
194.	ИВС	ОВД Токтогульского района		03747-50-102
195.	ИВС	ОВД Тогуз-Торузского района		03738-50-202
Баткенская область				
196.	ИВС	ОВД г. Кызыл-Кия		03657-50-420
197.	ИВС	ОВД Кадамжайского района		03655-50-229
198.	ИВС	ОВД Баткенского района		03622-51-756
199.	ИВС	ОВД Лейлекского района		03656-50-190
200.	ИВС	ОВД г. Сулюкта		03653-60-023
Ошская область				
201.	ИВС	ОВД Алайского района		03234-51-472
202.	ИВС	ОВД Араванского района		03222-46-168
203.	ИВС	ОВД Кара-Суйского района		03222-55-328

204.	ИВС	ОВД Ноокатского района		03222-46-353
205.	ИВС	ОВД Узгенского района		03222-46-272
206.	ИВС	ОВД Кара-Кульжинского района		03222-46-352
207.	ИВС	ОВД Чон-Алайского района		03222-46-351
г. Ош				
208.	ИВС	УВД г. Ош		03222-57-181, 56-429
Приемники-распределители				
209.	Приемник-распределитель	УВДТ МВД		0312-35-12-70
210.	Приемник-распределитель	ГУВД г. Бишкек		0312-37-02-46, 37-02-48
211.	Приемник-распределитель	УВД г. Ош		03222-69-075
ЦАРН				
212.	ЦАРН	МВД		0312-35-05-14
213.	ЦАРН			03222-78-101
Список режимных учреждений системы ГСИН при Правительстве КР				
214.	Исправительное Учреждение №1 (Строгий режим)	ГСИН при Правительстве КР		с. Молдовановка
215.	Исправительное Учреждение №2 (для женщин)	ГСИН при Правительстве КР		с. Степное
216.	Исправительное Учреждение №3 (Строгий режим) +туберкулезно-легочная больница при учреждении	ГСИН при Правительстве КР		с. НовоПавловка
217.	Исправительное Учреждение №8 (Усиленный режим)	ГСИН при Правительстве КР		с. Петровка
218.	Исправительное Учреждение №14 (для несовершеннолетн)	ГСИН при Правительстве КР		с. Вознесеновка
219.	Исправительное Учреждение №16 (строгий режим)	ГСИН при Правительстве КР		с. Беловодское
220.	Исправительное Учреждение №19 (усиленный режим)	ГСИН при Правительстве КР		с. Жаны-Жер

221.	Исправительное Учреждение №27 (Туб. больница)	ГСИН при Правительстве КР		с. Молдовановка
222.	Исправительное Учреждение №31 (Туб. больница)	ГСИН при Правительстве КР		с. Молдовановка
223.	Исправительное Учреждение №47 (Усиленный режим +больница)	ГСИН при Правительстве КР		г. Бишкек
224.	Учреждение №21 (СИЗО 1)	ГСИН при Правительстве		г. Бишкек
225.	Учреждение №50 (СИЗО 50)	ГСИН при Правительстве		с. Алга
226.	Учреждение №24 (СИЗО №4)	ГСИН при Правительстве КР		Нарын
227.	Учреждение №23 (СИЗО 3)	ГСИН при Правительстве КР		Иссык-Куль/ Каракол
228.	Учреждение №25 (СИЗО 5)	ГСИН при Правительстве		г. Ош
229.	Исправительное Учреждение №10 (усиленный режим)	ГСИН при Правительстве КР		г. Джалал-Абад

Приложение 22. Список и контактные данные кризисных центров и организаций, работающих в сфере предотвращения насилия в Кыргызской Республике[1]

№	Наименование	Контактные данные/телефоны доверия	Оказываемые услуги/деятельность
1.	Национальный телефон доверия для жалоб при насилии в отношении детей	111	
2.	Национальный телефон доверия для жалоб при насилии в отношении детей в Институте Омбудсмена	115	
3.	ОО «Лига защитников прав ребенка»	nazgul.turdubekova@gmail.com +996 312 662587, +996 772 398474 Турдубекова Назгуль	
4.	Ассоциация кризисных центров КР (АКЦ)	г. Бишкек, ул. Киевская, 27 к.401 +996 (312) 435465, +996 (312) 661592 +996 (312) 463086 эл. почта acc.kg@mail.ru Елиференко Александра Борисовна Время работы: 9.00 – 17.00	
5.	КЦ «Шанс»	г. Бишкек ул. Киевская, 27 к.503 Директор КЦ «Шанс» Елиференко Александра Борисовна, +996 (773) 647230, 0 (312) 435301 эл. почта: chance-cc@mail.ru Время работы: 9.00 – 17.00	Очные консультации психолога, юриста; Телефон доверия; Программы с насильниками; Семейное консультирование; Сопровождение; Групповое консультирование; Издательская деятельность; Информационно-образовательная работа с населением.

[1] http://neomak7.wix.com/accwebkg#!/c9tx (Сайт Ассоциации Кризисынх Центров Кыргызстана)

6.	Центр Профилактики Насилия «Даршайым»,	г. Бишкек, ул. Баха 501 +996 (555) 119611, +996 (312) 933649 Эл. почта: darshayim@mail.ru Директор КЦ «Даршайым» Тилебалиева Майрам. Время работы: 9.00 – 17.00	Информационно-образовательная работа с населением;
7.	«Сезим» кризисный психологический центр для женщин и семьи	г. Бишкек, +996 (0312) 51 26 40 Эл. почта: sezim2008@gmail.com	**Круглосуточный телефон доверия;** Убежище для женщин; Прием пострадавших от семейного насилия (прием с детьми не новорожденными); Консультации психолог, юриста, терапевт; Информационно-образовательная работа с населением.
8.	КЦ «Алтынай»	Иссык - Кульская область, г. Чолпон-Ата, ул. Советская, 221 +996 (550) 103088, +996 (3943) 62669 Эл. почта: altynai1951@mail.ru Директор КЦ «Алтынай» Айнабекова Жыргал Мукамбетовна. Время работы: 9.00 – 17.00	Консультации юриста, психолога, врача-гинеколога; Информационно-образовательная работа с населением; Предоставление убежища.
9.	Общественное объединение "Аялзат – развитие женских инициатив"	г.Каракол ул.Абдрахманова 105/14 +996 (553) 835717, +996 (3922) 51091 Эл.почта: Ayalzatdarika@mail.ru Директор РЖИ «Аялзат» Асанбаева Дарика Время работы: 9.00 – 17.00	Защита гражданских социальных и иных прав женщин и молодежи; Всесторонняя поддержка женских инициатив; Информационно-образовательная работа с населением; Оказание морально-психологической, гуманитарной помощи, женщинам, пострадавшим от насилия.
10.	Морально-психологический центр «Ак-Журок»	г. Ош, ул. Ленина 205 +996 (779) 231329, +996 (3222) 45976 Эл.почта: kjurok05@rambler.ru Директор КЦ «Ак журок» Асильбекова Дарийкан. Время работы: 8.00 – 17.00	Оказание морально-психологической помощи женщинам, пострадавшим от насилия; Предоставление убежища; Группы поддержки; Информационно-образовательная работа с населением.
11.	КЦ «Акылкарачач» при ОО «Эне-назары»	Ошская область, Алайский район, с. Гульча, ул. Набережная 1 +996 555 281423, +996 (3234) 50817	Очные и выездные консультации психолога и юриста; Предоставление убежищ;

		+996 (03234) 51284 Эл. почта: ene-naz@mail.ru Директор КЦ «Акылкарачач» Абдылдаева Октомкан Время работы: 10.00 – 17.00	Информационно-образовательная работа с населением.
12.	КЦ «Аруулан» при ООЦЖИ «Аялзат»	г. Ош, ул. Ленина 205 +996 (701) 664040, +996 (3222) 55608 Эл. почта: Ayalzat97@mail.ru Директор КЦ «Аруулан» Ештаева Наргиза Жолуевна Время работы: 9.00 – 17.00	Очные консультации психолога, юриста, гинеколога; Информационно-образовательная работа с населением; Телефон доверия.
13.	ОО КЦ «Мээрбан»	г. Ош, ул. Ленина 312/23 +996 (559) 492007, +996 (3222) 49674 Эл.почта: meerban.osh@mail.ru Исполнительный директор КЦ «Мээрбан» Борбиева Гулипа Время работы: 9.00 – 17.00	Информационно-образовательная работа; Очные консультации;
14.	Общественное объединение «Энсан Диамонд»	г. Ош, ул. Ленина 205/105 +996 (772) 328960, +996 (3222) 22965 Эл. почта: kaparovaj@gmail.com Директор ОО «Энсан Диамонд» Капарова Джамиля Мурзаевна Время работы: 9.00 – 17.00	Исследование видов проблемы насилия; Информационно-образовательная работа; Практическая деятельность в сообществах;
15.	КЦ «Жаныл Мырза» при Оф «Омур Булагы»,	г. Баткен, ул. Сыдыкова, 10 +996 (777) 393077, +996 (3622) 60103 Эл.почта: kalybek2003@mail.ru Директор КЦ «Жаныл Мырза» Мамбетова Токтокан Время работы: 8.00 – 17.00	Очные консультации психолога, юриста; Информационно-образовательная работа с населением
16.	КЦ «Каниет» при Ассоциация «Женщины лидеры Джалал-Абада»	г. Джалал-Абад, ул. Бекмамбет Осмонова, 113 Тел.: +996 (03722) 5 50 84 +996 (779) 231332, +996 (550) 488905 Эл. почта: n_joloeva@mail.ru Исполнительный директор КЦ «Каниет» Нуракова Мимоза Время работы: 9.00 – 17.00	Очные консультации психолога, юриста, врача-гинеколога; Предоставление убежища.

17.	КЦ «Маана» при ОФ «Аялзат»,	г. Талас, ул. Фрунзе, 297 +996 (3422) 55885 Эл. почта: ayalzat@mail.ru Исполнительный директор КЦ «Маана» Турукманова Зарина Время работы: 9.00 – 17.00	Консультации: юриста, психолога; Информационно-образовательная работа с населением; Предоставление убежища.
18.	КЦ «Тендеш»	г. Нарын, ул.Кыргыза, 31/1 +996 (3522) 50270, +996 (312) 295047 +996 (556) 835717 Эл. почта: ngo-tendesh@rambler.ru Директор КЦ «Тендеш» Саякбаева Света Время работы: 9.00 – 17.00	Очные консультации: психолога, юриста, врача; Информационно-образовательная работа.
19.	Альянс по репродуктивному здоровью	+996 312 566181, +996 312 663144 Чиркина Галина Эдуардовна	Информирование, адвокация, образование по репродуктивному здоровью
20.	Чуйский ресурсный центр	0550 285 909, wrc.chui@mail.ru Тюлекова Толкун	Гендерные вопросы
21.	ОФ Открытая линия	munarabeknazarova@gmail.com +996 555 654803 Мунара Бекназарова	
22.	ОО «Агентство социальных технологий»	+996 557 171710 kochorbaeva.zulfia@gmail.com kas-kg@elcat.kg член национального совета, руководитель Кочорбаева Зульфия	Адвокация по правам
23.	ОЮЛ "Ассоциация по продвижению прав и интересов детей в Кыргызской республике"	+996 312 565085 http://childrenetwork.kg/	
24.	Центр помощи женщинам	kyrgyzwomen@gmail.com Римма Султанова	
25.	НПО "Поколение – Инсан"	720071 Бишкек пр.Чуй 265а, 413 каб. +996 312 473738 Гульжан Бекенбаева	

Приложение 23. Индикаторы по эффективности внедрения Практического Руководства

№	Стандарт	Наименование	Индикатор	Примечание
1.	В организациях здравоохранения и медицинских частях параллельных систем должны быть созданы внутренние распоряжения об использовании национального руководства по документированию насилия	Внедрение руководства	% ОЗ/медицинских частей, в которых издан внутренний Приказ административных распоряжений о процедурах учета случаев насилия в Журнале; оповещении правоохранительных органов в теч 24 часов; обязательного заполнения Форм; назначения ответственных лиц и т.д.	Позитивный, стремится к 100%
2.	В организации здравоохранения есть конкретное лицо, ответственное за внедрение национального руководства по документированию насилия	Ответственное лицо в ОЗ за внедрение национального руководства по документированию насилия	% ОЗ/медицинских частей, в которых есть конкретное лицо, ответственное за внедрение национального руководства по документированию насилия	Позитивный, стремится к 100%
3.	Организации здравоохранения должны быть обеспечены Журналами, Инструкциями, Формами, Бланками, Справками в достаточном количестве		% ОЗ/медицинских частей, которые обеспечены Журналами, Инструкциями, Формами, Бланками, Справками в достаточном количестве	Позитивный, стремится к 100%
4.	Организации здравоохранения должны быть обеспечены необходимыми ИМН для правильного медицинского осмотра	Наличие минимальных ресурсов ИМН и мед.оборудования (гинекологическое кресло, одноразовый инструментарий, фотоаппарат и др.)	% ОЗ/медицинских частей, которые обеспечены необходимыми ИМН для правильного медицинского осмотра	Должен быть создан список минимальных ресурсов ИМН и мед.оборудования (гинекологическое кресло, одноразовый инструментарий, фотоаппарат и др.)
5.	В организации здравоохранения должны быть созданы благоприятные		% ОЗ/медицинских частей, в которых созданы благоприятные условия для	По возможности

	условия для проведения медосмотра (дверь со стеклянной перегородкой для конфиденциальности, освещение, доступ к санузлу и др.)		проведения медосмотра (дверь со стеклянной перегородкой для конфиденциальности, освещение, доступ к санузлу и др.)	
6.	Все случаи обращения (поступления) по поводу насилия в ОЗ должны быть занесены в Журнал учета лиц, обратившихся по поводу насилия (№)	Учет случаев насилия в ОЗ в установленном порядке	% случаев заполненных Форм, не зафиксированных в Журнале учета	Позитивный, стремится к 100%
7.	Во всех случаях обращения (поступления) по поводу насилия медицинский работник обязан телефонограммой сообщить о выявленном факте насилия в органы внутренних дел/прокуратуры в установленном порядке	Оповещение правоохранительных органов телефонограммой о выявленном факте насилия	% Форм, в которых отмечена передача телефонограммы о выявленном факте насилия в органы внутренних дел/прокуратуры в установленном порядке	Позитивный, стремится к 100%
8.			% записей о передаче телефонограммы на общее количество записанных случаев в Журнале учета	Позитивный, стремится к 100%
9.	При подозрении в совершении насилия в отношении несовершеннолетних информация передается напрямую в органы прокуратуры	Сообщение в органы внутренних дел/прокуратуры о факте насилия в отношении несовершеннолетних	% Форм, в которых отмечена передача телефонограммы о выявленном факте насилия в отношении несовершеннолетнего в прокуратуру	На все случаи сообщений в органы внутренних дел/прокуратуры о факте насилия в отношении несовершеннолетних
10.	При подозрении в совершении насилия в отношении недееспособных информация передается напрямую в органы прокуратуры	Сообщение в органы внутренних дел/прокуратуры о факте насилия в отношении недееспособных	% Форм, в которых отмечена передача телефонограммы о выявленном факте насилия в отношении недееспособных в органы прокуратуры	На все случаи сообщений в органы внутренних дел/прокуратуры о факте насилия в отношении недееспособных
11.	Во всех случаях обращения (поступления) по поводу насилия медицинский	Срочность оповещения о выявленном	% Форм, в которых отмечены дата и время передачи телефонограммы, не	Знаменатель – все формы, в которых

	работник обязан телефонограммой сообщить о выявленном факте насилия в органы внутренних дел/прокуратуры в течение 24-х часов	факте насилия в органы внутренних дел/прокуратуры в течение 24-х часов	превышающее 24 часов от времени поступления пациента в ОЗ/момента осмотра		отмечены дата и время передачи телефонограммы и время поступления пациента в ОЗ/начало осмотра. Позитивный, стремится к 100%
12.	Во всех случаях обращения (поступления) по поводу насилия медицинский работник обязан заполнить Форму установленного образца (№)	Документирование Заполнение Формы	Наличие жалоб пациентов/законных представителей, обратившихся по поводу насилия в ОЗ за отчетный период, на которых не заполнена Форма установленного образца		Отчетный период – месяц, квартал, год
13.			% амбулаторных карт, в которых диагностирована криминальная травма и проведено лечение, но Форма не заполнялась за отчетный период		
14.	Все медицинские работники должны уметь правильно заполнять Форму установленного образца	Обучение медицинских работников заполнению Формы	% Форм, заполненных медработниками ОЗ, обученных правильному ее заполнению		Позитивный, стремится к 100%
15.	Все пункты Формы должны быть заполнены	Эффективное документирование. Заполнение формы правильно	% Форм, в которых заполнены полностью все пункты		Позитивный, стремится к 100%
16.			% Форм, в которых заполнены полностью все пункты общей части		Позитивный, стремится к 100%
17.			% Форм, в которых отмечено время начала медосмотра		Позитивный, стремится к 100%
18.			% Форм, в которых заполнен пункт основания для проведения медосмотра		Позитивный, стремится к 100%
19.			% Форм, которые заполнены по обращаемости		

20.			% Форм, которые заполнены при поступлении			
21.			% Форм, которые заполнены при плановом мед осмотре			
22.			% Форм, которые заполнены, когда медосмотр проведен в соответствии с положением закона (постановление)			
23.	Обязательный медицинский осмотр задержанных лиц проводится согласно ст 40 УК КР при каждом водворении в ИВС/СИЗО	Медицинский осмотр задержанных лиц	Если медосмотр проводится по постановлению, % Форм, в которых отмечены сведения о лице, инициировавшем медицинский осмотр			Позитивный, стремится к 100%
24.		Преемственность и процедура сопровождения задержанных, лишенных, ограниченных в свободе лиц на обязательный медосмотр в ОЗ	Если пациент – задержанный из ИВС/СИЗО (лишенный, ограниченный в свободе), % Форм, в которых отмечены сведения о лице, сопровождавшем пациента на медицинский осмотр			Позитивный, стремится к 100%
25.			% Форм, в которых заполнен пункт основания для запроса			
26.			% Форм, в которых основанием для запроса послужили жалобы на психическое состояние			
27.			% Форм, в которых основанием для запроса послужило пренебрежение нуждами			
28.			% Форм, в которых основанием для запроса послужило постановление о проведении медосмотра			
29.	Медицинский осмотр должен проводиться в условиях конфиденциаль-	Соблюдение условий конфиденциаль-	% Форм, в которых отмечено присутствие третьих лиц			Позитивный, стремится к 100%

ности. Никакие третьи стороны (следователи, прокуроры, судьи и др.) не должны присутствовать при проведении медицинского осмотра. В иных случаях присутствие любого третьего лица, включая мед.персонал, отмечается в форме в обязательном порядке.	ности, когда врач и пациент остаются наедине			
30.	Любое третье лицо, кроме врача и пациента, отмечено в Форме	% Форм, в которых отмечено, что условия конфиденциальности не соблюдены, при этом присутствие третьего лица отмечено в соответствующей таблице	Позитивный, стремится к 100%	
31.		% Форм, в которых отмечено присутствие родителя/родителей в соответствующем пункте		
32.		% Форм, в которых отмечено присутствие сотрудника/сотрудников правоохранительных органов в соответствующем пункте		
33.		% Форм, в которых отмечено присутствие другого медработника в соответствующем пункте		
34.	При необходимости следует предоставить переводчика	% Форм, в которых отмечена необходимость переводчика		
35.		% Форм, в которых заполнены сведения о языках перевода при необходимости переводчика		
36.	Во всех случаях обращения (поступления) по поводу насилия медицинский работник обязан информировать пациента о праве на обращение с заявлением в органы внутренних дел/	Информирование	% Форм, в которых отмечена подпись пациента, что он проинформирован	Позитивный, стремится к 100%

	прокуратуры и прохождение судебной медицинской, психиатрической, психологической экспертиз, а в случае пыток – обязательной комплексной экспертизы, в том числе у негосударственных экспертов/организаций			
37.	До проведения медицинского осмотра необходимо получить письменное информированное согласие (ИС) пациента или законного представителя.	Получение информированного согласия	% Форм, в которых отмечено получение/не получение ИС	Позитивный, стремится к 100%
38.	Если пациент не дал ИС, медосмотр не проводится	Проведение медосмотра без ИС	% заполненных Форм о проведенном медосмотре при отсутствии подписанного пациентом ИС	Негативный, = 0
39.	При подозрении в совершении насилия в отношении несовершеннолетних информированного согласия со стороны законных представителей не требуется	Получение ИС у несовершеннолетних	% Форм, заполненных в отношении несовершеннолетних, в которых отмечено ИС	Негативный, = 0
40.	При подозрении в совершении насилия в отношении недееспособных информированного согласия со стороны законных представителей не требуется	Получение ИС у недееспособных	% Форм, заполненных в отношении недееспособных, в которых отмечено ИС	Негативный, = 0
41.			% Форм, в которых заполнены полностью все пункты анамнестической части	Позитивный, стремится к 100%
42.			% Форм, в которых отмечен пункт о количестве детей	
43.			% Форм, в которых отмечен пункт о вероисповедании	
44.			% Форм, в которых отмечен пункт о национальности/этнической группе	

45.			% Форм, в которых отмечено наличие/отсутствие зависимости (табак, наркотики, алкоголь и др.) в анамнезе					
46.			% Форм, в которых при наличии любого рода зависимости отмечены давность, характер употребления					
47.			% Форм, в которых при наличии любого рода зависимости отмечено ранее проведенное лечение					
48.			% Форм, в которых отмечено наличие/отсутствие заболеваний/ операций/травм в анамнезе					
49.			% Форм, в которых отмечены медикаментозные средства, принимаемые в настоящее время либо постоянно в связи с наличием хронического заболевания					
50.			% Форм, в которых отмечено наличие/отсутствие психологических и/или психиатрических расстройств в анамнезе					
51.			Если пациент лишен/ограничен в свободе, % Форм, в которых описаны обстоятельства лишения/ ограничения свободы с указанием первоначального и последующих мест лишения/ограничения свободы, даты, условия транспортировки и содержания				Позитивный, стремится к 100%	
52.			% Форм, в которых заполнены полностью все пункты раздела заявления о насилии				Позитивный, стремится к 100%	
53.			% Форм, в которых отмечено время, прошедшее с момента применения предполагаемого насилия до проведения медицинского осмотра				Позитивный, стремится к 100%	

54.	Медицинский работник обязан спросить о возможном насилии, в том числе сексуальном, особенно при наличии характерных физических и психических симптомов и задокументировать соответствующие доказательства, используя данную форму	Обязательные вопросы о возможном насилии	% форм, в которых отмечен ответ на вопрос о возможном физическом насилии	Позитивный, стремится к 100%
55.			% форм, в которых отмечен ответ на вопрос о возможном психическом насилии	Позитивный, стремится к 100%
56.			% форм, в которых отмечен ответ на вопрос о возможном сексуальном насилии	Позитивный, стремится к 100%
57.			% Форм, в которых есть описание обстоятельств травмы	Позитивный, стремится к 100%
58.			% Форм, в которых есть описание метода пыток	Позитивный, стремится к 100%
59.			% Форм, в которых есть описание орудия нанесения травм	Позитивный, стремится к 100%
60.			% Форм, в которых отмечен вид насилия	Позитивный, стремится к 100%
61.			% Форм, в которых отмечено место насилия	Позитивный, стремится к 100%
62.			% Форм, в которых отмечена информация о правонарушителях	Позитивный, стремится к 100%
63.			% Форм, в которых заполнены полностью все пункты о физических симптомах, относящихся к предполагаемому насилию	Позитивный, стремится к 100%
64.			% Форм, в которых заполнены полностью все пункты объективного статуса	Позитивный, стремится к 100%
65.			% Форм, в которых заполнены полностью все пункты локального статуса	Позитивный, стремится к 100%

66.			% Форм, в которых заполнены полностью все пункты о психических симптомах, относящихся к предполагаемому насилию	Позитивный, стремится к 100%
67.			% Форм, в которых заполнены полностью все пункты по сознанию и вниманию	
68.			% Форм, в которых заполнены полностью все пункты по поведению	
69.			% Форм, в которых заполнены полностью все пункты по настроению и эмоциям	
70.			% Форм, в которых заполнены полностью все пункты по мышлению и памяти	
71.			% Форм, в которых заполнены полностью все пункты по соматовегетативным расстройствам	
72.			% Форм, в которых заполнены полностью все пункты по нарушениям аппетита любого характера	
73.			% Форм, в которых заполнены контурные карты/анатомические диаграммы поверхности тела	Позитивный, стремится к 100%
74.			% Форм, в которых схематично отмечено состояние зубов в ротовой полости	Позитивный, стремится к 100%
75.	Наличие или отсутствие повреждений, связанных с предполагаемым насилием, рекомендуется документировать фотографически.	Фотографирование	% Форм, в которых есть фотографии пациента с наличием или отсутствием телесных повреждений	Позитивный, стремится к 100%
76.	Во всех случаях обращения (поступления) по поводу насилия медицинский работник обязан при наличии медицинских показаний	Полноценное качественное предоставление медицинских услуг	% Форм, в которых при показаниях отмечены направления на соответствующие дополнительные исследования	При наличии показаний стремится к 100%

направить на дополнительные исследования, консультации и специализированное лечение в соответствующие организации здравоохранения				
77.		% Форм, в которых при показаниях отмечены направления на консультации соответствующих специалистов	При наличии показаний стремится к 100%
78.		% Форм, в которых при показаниях отмечены направления на консультацию к психологу/ психиатру	При наличии показаний стремится к 100%
79.		% Форм, в которых при показаниях отмечены направления на консультацию к терапевту	При наличии показаний стремится к 100%
80.		% Форм, в которых при показаниях отмечены направления на консультацию травматологу	При наличии показаний стремится к 100%
81.		% Форм, в которых при показаниях отмечены направления на консультацию к хирургу/нейрохирургу	При наличии показаний стремится к 100%
82.		% Форм, в которых при показаниях отмечены направления на консультацию гинекологу/урологу	При наличии показаний стремится к 100%
83.		% Форм, в которых при показаниях отмечены направления на консультацию проктологу	При наличии показаний стремится к 100%
84.		% Форм, в которых при показаниях отмечены направления на консультацию к кардиологу	При наличии показаний стремится к 100%
85.		% Форм, в которых при показаниях отмечены направления на госпитализацию и специализированное лечение в соответствующие организации здравоохранения	При наличии показаний стремится к 100%

86.	Копия формы выдается медицинским работником по запросу пациенту или его законному представителю незамедлительно после оформления и подписания медицинским работником;		% Форм, в которых есть подпись пациента/законного представителя, что копия предоставлена	
87.	Копия формы предоставляется на основании официального письменного запроса: при пытках - прокуратуре, при других формах насилия - органам внутренних дел.		% Форм, в которых есть подпись уполномоченного лица, что на основании письменного запроса предоставлена копия	

Куда обращаться за помощью?

В случае, если в отношении Вас или Ваших близких были применены пытки, либо Вам стало известно о фактах пыток, Вы можете обращаться по следующим адресам:

Национальный центр по предупреждению пыток Кыргызской Республики

Головной офис:
г. Бишкек, ул. Киевская, 90 А.
тел.: 0312 880992, 0312 880993

Представительства в регионах:
г. Ош, ул. Ленина, 221.
тел.: 0551 161181
г. Каракол, ул. Абдрахманова, 105, каб. 23.
тел.: 0778 418010
г. Нарын, ул. Ленина, 78.
тел.: 0550 425244
г. Баткен, ул. Садыкова, 1.
тел.: 0550425218
г. Талас, ул.Бердике Батыра, 297, каб. 105.
тел.: 0550 208355

Институт Омбудсмена КР
г. Бишкек, ул. Тыныстанова, 120.
тел.: 0312 663280
г. Ош, тел.: 03222 70563
г. Талас, тел.: 03422 54270
г. Каракол, тел.: 03922 50810
г. Джалалабад, тел.: 03722 50825
г. Нарын, тел.: 03522 50994
г. Баткен, тел.: 03622 50602

Правозащитные организации:

Общественный фонд «Луч Соломона»
г. Ош, ул. Ленина, 428, 2-этаж
тел.: 03222 74061

Общественное Объединение «Союз Единения»
г. Талас, ул. Бердике Батыра, 198/5
тел./факс: 03722 21015, 03722 21718

ОПЗО «Справедливость»
г. Джалалабад, ул. Токтогула, 54.
тел./факс: 03722 21015, 03722 21718

АНПО «Эдвокаси центр по правам человека»
г. Ош, ул. Ленина, 273.
тел./факс: 03222 20130, 03222 49601, 03222 28070

Общественное объединение «Вентус»
г. Каракол, ул. Абдрахманова, 139/6
тел.: 03922 30132, 0777 109157, 0557 230463

Общественное объединение «Социально-правовой центр «Спектр»
г. Каракол, ул. Гагарина, 1.
тел.: 0550236239

Общественный фонд «Акцент»
Иссык-Кульская область, с. Тюп, ул. Турусбекова, 55.
тел.: 03945 24047, 0772 205784

Общественный фонд «Голос свободы»
г. Бишкек, ул. Токтогула, 144.
тел.: 0312 315087, 0312 623373

Общественный фонд «Центр защиты прав человека «Кылым шамы»
г. Бишкек, бульвар «Молодая Гвардия», 27, каб. 418.
тел.: 0312 644019, факс: 0312 644008

Список литературы

1. Алма-атинская декларация. Принята Международной конференцией по первичной медико-санитарной помощи, Алма-Ата, 12 сентября 1978 года. http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/almaata78.shtml;
2. Бадмаева В.Д., Государственный научный Центр социальной и судебной психиатрии, 2009 г.;
3. Всеобщая декларация прав человека. Принята резолюцией 217 А (III) Генеральной Ассамблеи ООН от 10 декабря 1948 года. http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/declhr.shtml;
4. Декларация о правах пациента. Принята 34-й Всемирной Медицинской Ассамблеей. Лиссабон, Португалия, сентябрь–октябрь 1981 года. http://www.e-stomatology.ru/star/info/2010/lissabon_declaration.htm;
5. Декларация о медицинской помощи, ориентированной на пациента. www.patientsorganizations.org;
6. Диагностика и лечение депрессивных расстройств. Клиническое руководство. Бишкек. 2013;
7. Европейская конвенция о защите прав человека и основных свобод;
8. Закон КР «О Национальном центре Кыргызской Республики по предупреждению пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания» от 12 июля 2012 года № 104;
9. Закон КР «Об организациях здравоохранения в КР» от 13 августа 2004 года № 116;
10. Закон КР «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики» от от 17 февраля 2009 года № 53;
11. Закон КР «О защите прав свидетелей, потерпевших и иных участников уголовного судопроизводства» от 16 августа 2006 года № 170;
12. Закон КР «О социально-правовой защите от насилия в семье» от 25 марта 2003 года № 62;
13. Земляных М., Заиченко Е., Жестокое обращение с детьми (Кыргызстан). Методическое руководство. http://literatura.kg/articles/?aid=894;
14. Кодекс КР о детях от 10 июля 2012 года № 100;
15. Кодекс КР об административной ответственности. Введен в действие Законом КР от 4 августа 1998 года № 115;
16. Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, Нью-Йорк, 18 декабря 1979 г. http://www.ohchr.org/RU/ProfessionalInterest/Pages/CEDAW.aspx;
17. Конвенция о правах инвалидов. Принята резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН 13 декабря 2006 г. http://www.ohchr.org/RU/HRBodies/CRPD/Pages/ConventionRightsPersonsWithDisabilities.aspx;

18. Конвенция о правах ребенка. Принята и открыта для подписания, ратификации и присоединения резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН 44/25 от 20 ноября 1989 г., вступила в силу 2 сентября 1990 г., в соответствии со статьей 49. http://www.ohchr.org/RU/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx;
19. Конвенция против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания. Принята и открыта для подписания, ратификации и присоединения резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН 39/46 от 10 декабря 1984 г., вступила в силу 26 июня 1987 г., в соответствии со статьей 27 (1). http://www.ohchr.org/RU/ProfessionalInterest/Pages/CAT.aspx;
20. Конституция Кыргызской Республики, Бишкек-2010.
21. Кралько А.А. «Правовая ответственность медицинских работников», «Медицинские новости;
22. Криминалистика, Учебник для вузов (Под редакцией Заслуженного деятеля науки Российской Федерации, профессора Р. С. Белкина), Издательство НОРМА, Москва, 2000
23. Кыргызская Республика. Медико-демографическое исследование, НСК КР, Бишкек-2012: Домашнее насилие;
24. Международная конвенция о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей принята резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН 45/158 от 18 декабря 1990 г. http://www.ohchr.org/RU/ProfessionalInterest/Pages/CMW.aspx;
25. Международная конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации. Принята и открыта для подписания и ратификации резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН 2106 (XX) от 21 декабря 1965 г. вступила в силу 4 января 1969 г., в соответствии со Статьей 19.
http://www.ohchr.org/RU/ProfessionalInterest/Pages/CERD.aspx;
26. Международный пакт о гражданских и политических правах принят и открыт для подписания, ратификации и присоединения резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН 2200A (XXI) от 16 декабря 1966, вступил в силу 23 марта 1976 г., в соответствии со Статьей 49.
http://www.ohchr.org/RU/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx;
27. Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах принят и открыт для подписания, ратификации и присоединения резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН 2200A (XXI) от 16 декабря 1966 г., вступил в силу 3 января 1976 г., в соответствии со Статьей 27.
http://www.ohchr.org/RU/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx;
28. Минимальные стандартные правила обращения с заключенными. Приняты на первом Конгрессе Организации Объединенных Наций по предупреждению преступности и обращению с правонарушителями, состоявшемся в Женеве в 1955 году, и одобрены Экономическим и Социальным Советом в его резолюциях 663 C (XXIV) от 31 июля 1957 года и 2076 (LXII) от 13 мая 1977 года; http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/prison.shtml
29. МКБ 10, доступно на сайте http://mkb-10.com/index.php?pid=21089;

30. Морфологические особенности некоторых телесных повреждений (принципы описания / под ред. Н.С.Эделева. — Нижний Новгород, 1991. Доступно на сайте: http://www.forens-med.ru/book.php?id=118;

31. Мукашев М.Ш. Айтмырзаев Б.Н. Орункулова Р.О. Судебно-медицинская экспертиза повреждений мягких тканей. - Учебное пособие. Бишкек, 2007;

32. Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире /Под ред. Этьенна Г. Круга и др./ Пер. с англ. – М: Издательство «Весь Мир», 2003. – 376 с. ISBN 5C7777C0225C2;

33. Общественное здравоохранение и насилие – факты и тенденции в Европе, Копенгаген, 3 октября, факты и цифры 10/02, 2002, Данные взяты из Всемирного доклада ВОЗ о насилии и здоровье (World report on violence and health) (http://www.who.int.violence_injury_prevention);

34. Постановление Пленума Верховного суда Кыргызской Республики «О некоторых вопросах применения судами Кыргызской Республики законодательства об ответственности за должностные преступления» от 27 сентября 2003 года N 15, п.3;

35. Права человека в сфере оказания медицинской помощи: Кыргызстан. Практическое руководство;

36. «Правила производства судебно-медицинских экспертиз в Кыргызской Республике» утверждены Постановлением Правительства Кыргызской Республики от 12 января 2012 года №33;

37. «Правила производства судебно-медицинской судебно-акушерской экспертизы» утвержденные Постановлением Правительства Кыргызской Республики от 12 января 2012 года N 33

38. «Правила производства судебно-медицинской экспертизы по материалам уголовных и гражданских дел», утвержденные Постановлением Правительства Кыргызской Республики от 12 января 2012 года N 33

39. Предупреждение травматизма и насилия. Методическое руководство для министерств здравоохранения, ВОЗ, 2007 ISBN 978 92 4 459525 1 (NLM classification: WO 700);

40. Приказ об утверждении Регламента о порядке выявления, регистрации и информирования о предполагаемых случаях пыток, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения № 572 от 31.12.2013, Мониторул Офичиал № 147-151/745 от 06.06.2014, http://www.novoselitsa.com/node/156281;

41. Принципы защиты лиц, страдающих психическим заболеванием, и улучшения здравоохранения в области психиатрии. Приняты резолюцией 46/119 Генеральной Ассамблеи ООН от 17 декабря 1991 года. http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/mental_helth_care.shtml;

42. Принципы медицинской этики, относящиеся к роли работников здравоохранения, в особенности врачей, в защите заключенных и задержанных лиц от пыток и других жестоких, бесчеловечных, или унижающих достоинство видов обращения. Доступно на сайте http://www1.umn.edu/humanrts/russian/instree/Rh3pmerhp.html;

43. Резолюция о правах человека, принятая Всемирной медицинской ассоциацией. Доступно на сайте: http://www.kmpakaz.org/rights/10/1/16;

44. Руководство по эффективному расследованию и документированию пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания (Стамбульский протокол), 9 августа 1999. Доступно на сайте http://www.ohchr.org/Documents/Publications/training8Rev1ru.pdf;

45. Руководящие принципы для врачей, касающиеся пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания в связи с задержанием и тюремным заключением (Токийская декларация 1975г);

46. Свод принципов защиты всех лиц, подвергаемых задержанию или заключению в какой бы то ни было форме. Принят резолюцией 43/173 Генеральной Ассамблеи ООН от 9 декабря 1988 года.
http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/detent.shtml;

47. Серебренников И.М. Судебно – медицинская исследование рубцов. – М., 1962;

48. Специальный доклад Омбудсмена Кыргызской Республики по пыткам. Доступно на сайте: http://www.ombudsman.kg/special-reports/313-specialnyy-doklad-po-pytkam.html;

49. Стамбульский протокол. Представлен Верховному комиссару ООН по правам человека 9 августа 1999 года.
http://www.ohchr.org/Documents/Publications/training8Rev1ru.pdf;

50. Статистический сборник «Женщины и мужчины КР», НСК КР, Бишкек – 2012. Доступно на сайте: http://www.stat.kg/;

51. Судебно-медицинский терминологический словарь // под ред. М.Ш. Мукашев – Б., 2010;

52. Трудовой кодекс КР от 4 августа 2004 года № 106;

53. Уголовно-процессуальный кодекс КР от 30 июня 1999 года № 62;

54. Уголовный кодекс КР от 1 октября 1997 года № 69;

55. Факультативный протокол к Конвенции против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания. Принят резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН A/RES/57/199 от 18 декабря 2002 г., вступил в силу 22 июня 2006 г.
http://www.ohchr.org/RU/ProfessionalInterest/Pages/OPCAT.aspx;

56. Хохлов В. В., Руководство по судебной медицине издание второе. Смоленск. 2003;

57. Цымбал Е.И. Жестокое обращение с детьми. http//cpmssozon.ucoz.ru/doc/uchebnik.

58. B.K. Jordan and others, "Lifetime and current prevalence of specific psychiatric disorders among Vietnam veterans and controls", Archives of General Psychiatry, vol. 48, No 3, (1991) pp. 207-215;

59. B.O. Rothbaum and others, "A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims", Journal of Traumatic Stress, vol. 5 (1992), pp. 455-475;

60. G. Fischer and N. F. Gurris, "Grenzverletzungen: Folter and sexuelle Traumatisierung", Praxis der Psychotherapie – Ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie, W. Senf and M. Broda, eds. (Stuttgart, Thieme, 1996);
61. Harrington R. et al. (1998) Psychological treatment for depression in children and adolescents: a review of treatment research. British Journal of Psychiatry, 173, 291-298;
62. Hazell P. et al. (1995) Efficacy of tricyclic drugs in treating child and adolescent depression: a metaanalysis. BMJ, 310, 897-901;
63. J.D. Kinzie and others, "The prevalence of posttraumatic stress disorder and its clinical sig-nificance among Southeast Asian refugees", American Journal of Psychiatry, vol. 147 (7) (1990), pp. 913-917;
64. Jureidini J.N. et al (2004) Efficacy and safety of antidepressants for children and adolescents. BMJ, 328, 879-883;
65. K. Allden and others, "Burmese political dissidents in Thailand: trauma and survival among young adults in exile", American Journal of Public Health, vol. 86 (1996), pp. 1561-1569;
66. NINDS Shaken Baby Syndrome http://www.ninds.nih.gov/disorders/shakenbaby/shakenbaby.htm;
67. N.R. Holtan, "How medical assessment of victims of torture relates to psychiatric care", Car-ing for Victims of Torture, J.M. Jaranson and M.K. Popkin, eds. (Washington, D.C., Ameri-can Psychiatric Press, 1998), pp. 107-113;
68. P.J. Farias, "Emotional distress and its socio-political correlates in Salvadoran refugees: anal-ysis of a clinical sample", Culture, Medicine and Psychiatry, vol. 15 (1991), pp. 167-192;
69. Wood A. et al. (1996) Controlled trial of a brief cognitive-behavioural intervention in adoles-cent patients with depressive disorders. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 37, 737-746.
70. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders (Geneva, 1994);