

МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
ДНІПРОПЕТРОВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ВНУТРІШНІХ СПРАВ

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

ПОЧТОВА ЄВГЕНІЯ СЕРГІЇВНА

УДК 343.98

ДИСЕРТАЦІЯ

**ОРГАНІЗАЦІЯ Й ТАКТИКА ПРОВЕДЕННЯ СЛІДЧИХ
(РОЗШУКОВИХ) ДІЙ В УМОВАХ РИЗИКУ ІНФІКУВАННЯ ВІЛ-
ІНФЕКЦІЄЮ АБО ТУБЕРКУЛЬОЗОМ**

081 – Право

08 Право

Подається на здобуття ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ Є.С. Почтова

Науковий керівник –
Плетенець Віктор Миколайович,
кандидат юридичних наук, доцент

Дніпро – 2021

АНОТАЦІЯ

Почтова Є.С. Організація й тактика проведення слідчих (розшукових) дій в умовах ризику інфікування ВІЛ-інфекцією або туберкульозом. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії за спеціальністю 081 – Право. – Дніпропетровський державний університет внутрішніх справ, Дніпро, 2021.

Вперше на монографічному рівні комплексно досліджено та визначено організаційні й тактичні особливості проведення окремих слідчих (розшукових) дій в умовах існування ризику інфікування ВІЛ-інфекцією або туберкульозом.

Висвітлено стан наукової розробленості питання ВІЛ та туберкульозу, з'ясовано, що переважна кількість наукових праць здійснено у сфері медицини, на рівні ж юридичних наук, зокрема аналізу поширення зазначених хвороб під час правоохоронної, кримінальної процесуальної діяльності, окремі монографічні дослідження відсутні.

На основі аналізу наукових джерел та енциклопедичних видань виявлено певні особливості виникнення, поширення та інфікування ВІЛ та туберкульозом, серед яких виокремлено історичні, медичні, соціально-фізіологічні, функціональні та статистичні. Ураховуючи думки вчених, подано класифікацію туберкульозу за визначеними критеріями: 1) за сферою розповсюдження збудника інфекції; 2) за характером контакту з хворою особою; 3) за ситуацією (умовами), в якій опиняються оточуючі; 4) за шляхом поширення інфікуючого контакту; 5) за суб'єктом інфікування (який заражається сам); 6) за об'єктом інфікування (органи в організмі людини); 7) за стійкістю до умов середовища, в яке потрапляє МБТ; 8) за способом передачі; 9) за способом потрапляння збудника в організм людини; 10) за шляхами виділення з організму хворої людини; 11) за видами мікобактерій. Критерії поділу ВІЛ-інфекції на види визначені наступні: 1) за природою

появи; 2) за способом інфікування; 3) за об'єктом найбільш ймовірного зараження; 4) за шляхами передачі.

Проведене дослідження стану та поширеності ВІЛ та туберкульозу в Україні на основі даних офіційної статистики МОЗ дало підстави встановити, що загальна кількість хворих на туберкульоз склала: у 2015 році – 33 066 осіб, у 2016 році – 34 967 осіб, у 2017 році – 32 492 особи, у 2018 році – 31 242 особи та у 2019 році – 29 913 осіб. Стосовно ВІЛ-інфекції ситуація не краща: у 2015 році зареєстровано 15 808 ВІЛ-інфікованих осіб, яких узято під нагляд вперше, у 2016 році – 17 064 осіб, у 2017 році – 18 197 осіб, у 2018 році – 18 099 осіб; у 2019 році – 16 257 осіб.

У роботі наголошено, що хворі на зазначені недуги особи можуть багато років бути носіями та розповсюджувачами небезпечних захворювань, становлячи реальну загрозу зараження оточуючих. Також з'ясовано, що у випадку проведення працівниками правоохоронних органів слідчих (розшукових) дій за участю ВІЛ-інфікованих, хворих на СНІД, туберкульоз або в умовах наявності ризику інфікування від матеріальних об'єктів, що містять на собі збудники хвороб, вони наражають на небезпеку не лише власне життя та здоров'я, а й життя та здоров'я інших учасників процесуальних дій, залучених до їх проведення.

Доведено, що стан обізнаності людей, в т.ч. і працівників правоохоронних органів, стосовно способів інфікування туберкульозом та ВІЛ є незадовільним, що підвищує ризик зараження ними. Визначено, що причинами високого рівня професійних захворювань на ВІЛ та туберкульоз є несистемна та непослідовна діяльність МВС України, недостатня нормативно-правова база щодо заходів безпеки тощо.

Показано зв'язок поінформованості працівників правоохоронних органів про захворювання на туберкульоз та ВІЛ будь-якого учасника кримінального провадження та необхідності розробки специфічного підходу до організації й тактики проведення процесуальних та слідчих (розшукових) дій.

З урахуванням існуючої у наукових джерелах класифікації слідчих (розшукових) дій, запропоновано в якості додаткового критерію класифікації виділяти наявність ймовірного ризику інфікування ВІЛ та туберкульозом та поділяти слідчі (розшукові) дії у зв'язку з цим на: 1) з високим; 2) середнім; 3) низьким ризиком зараження.

Зроблено висновок, що найбільш небезпечними з точки зору інфікування туберкульозом повітряно-крапельним способом є вербальні слідчі (розшукові) дії (допит, одночасний допит). З точки зору ризику інфікування туберкульозом повітряно-пиловим та контактним способом, а також за наявністю ризику інфікування ВІЛ-інфекцією – найбільш небезпечними є нонвербальні слідчі (розшукові) дії (огляд, освідкування та обшук).

З'ясовано організаційно-тактичні особливості під час проведення вербальних слідчих (розшукових) дій (на прикладі допиту та одночасного допиту декількох осіб) в умовах ризику інфікування туберкульозом повітряно-крапельним способом.

Наголошено, що проведення допиту особи, хворої на туберкульоз із бактеріовиділенням, вимагає від слідчого дотримання наступних вимог: 1) досконале володіння знаннями щодо шляхів зараження туберкульозом; 2) користування навичками з дотримання заходів протитуберкульозного інфекційного контролю (адміністративного, інженерного та індивідуального); 3) мати при собі засоби індивідуального інфекційного контролю та вміло ними користуватися; 4) володіти навичками та засобами для дезінфекції приміщення, які здійснюються після проведення допиту.

Стосовно організації й тактики проведення одночасного допиту з учасником, хворим на туберкульоз або ВІЛ-інфекцію, запропоновано заходи, які сприяють підвищенню ефективності проведення вказаної слідчої (розшукової) дії, а також мінімізують ризик інфікування слідчого та інших учасників одночасного допиту та присутніх осіб: 1) визначення доцільності проведення; 2) психологічна підготовка учасників одночасного допиту (з

акцентом на роз'ясненні відносно здоровому учаснику слідчої (розшукової) дії шляхів інфікування вказаними недугами та переконання у безпечності перебування поруч з ВІЛ-інфікованою особою); 3) якісне та повноцінне застосування заходів інфекційного контролю у приміщенні, де буде проведено одночасний допит з хворим на активний туберкульоз та відносно усіх присутніх осіб; 4) визначення часу та місця проведення одночасного допиту (з акцентом на можливість проведення одночасного допиту з хворим на заразний туберкульоз у спеціальному приміщенні або в режимі відеоконференції, або в кінці робочого дня); 5) проведення додаткового допиту (із застосуванням широкого кола тактичних прийомів, спрямованих на усунення протиріч); 6) визначення осіб, між якими буде проведено одночасний допит, та черговості їх допиту (з заборонаю проведення у звичайних умовах одночасного допиту між особою, хворою на активний туберкульоз та ВІЛ-інфікованою або хворою на СНІД); 7) вибір учасника, який першим буде давати показання; 8) визначення та підготовка технічних засобів фіксації тощо.

У роботі автором запропоновано в якості альтернативних способів проведення вербальних слідчих (розшукових) дій застосування відеоконференції та використання спеціального приміщення територіального підрозділу Національної поліції України, створеного для роботи з інфекційними хворими. Обґрунтовано можливість та важливість їх використання й застосування в умовах ризику інфікування ВІЛ та туберкульозом. Визначено, що під спеціальним приміщенням пропонується розуміти відповідно облаштоване приміщення територіального підрозділу Національної поліції України, у якому дотримано усіх заходів протитуберкульозного інфекційного контролю (адміністративного, інженерного, індивідуального).

З урахуванням ризику інфікування туберкульозом повітряно-пиловим та контактним способами, а також ВІЛ-інфекцією парентеральним способом,

визначено особливості організації й тактики проведення нонвербальних слідчих (розшукових) дій (на прикладі огляду, освідування та обшуку).

Визначено фактори, які можуть мінімізувати інфікування слідчого під час проведення огляду місця події: 1) наявність вичерпної первинної інформації стосовно вчиненого злочину, місця події, присутніх на місці події осіб; 2) знання та дотримання правил особистої безпеки під час проведення огляду; 3) уміння аналізувати та розрізняти місця події за критерієм їх небезпечності щодо інфікування ВІЛ та/або туберкульозом; 4) суворе дотримання тактичних прийомів огляду та технологічних рекомендацій; 5) дотримання універсального принципу перестороги, що полягає у ставленні до усіх предметів та осіб, як до потенційно небезпечних; 6) належна оснащеність комплектами інструментів для виявлення, вилучення, упакування речових доказів, об'єктів та зразків для порівняльних досліджень.

Встановлено наявні ризики під час проведення освідування: 1) здійснення комунікативного контакту з особою, що може бути носієм та розповсюджувачем мікобактерій туберкульозу; 2) здійснення тактильного контакту з тілом особи; 3) дотик та тривале тримання у руках особистих речей та одягу особи; 4) можливий контакт з видимими та невидимими біологічними речовинами, які можуть містити на собі збудники інфекції, у тому числі ВІЛ, а також можуть належати не лише освідуваній особі, але і невстановленим особам, дані про яких у слідчого відсутні; 5) тривале перебування у одному приміщенні, часто закритому, що пов'язане з можливим оголенням освідуваного.

Класифіковано можливі об'єкти обшуку за наявністю ризику інфікування ВІЛ-інфекцією та туберкульозом на: об'єкти з високим, середнім та низьким ризиком інфікування. Залежно від цього, запропоновано ряд організаційних та тактичних заходів підготовчого, робочого та заключного етапів проведення обшуку.

Зроблено висновок, що реалізація оперативно-службових завдань працівниками правоохоронних органів в умовах ризику інфікування ВІЛ та

туберкульозом повинна здійснюватися з дотриманням універсального принципу перестороги, відповідно до якого усі без виключення особи, з якими планується комунікативний та, можливо, тактильний контакт, а також усі речі та об'єкти матеріального світу, розглядаються як потенційно інфіковані, та такі, що носять на собі збудники інфекції.

Аргументовано думку про необхідність віднесення працівників правоохоронних органів до груп підвищеного ризику інфікування суспільно-небезпечними хворобами, зокрема туберкульозом та ВІЛ-інфекцією.

Результатом практичного впровадження положень дисертації є те, що вони можуть бути використані у науково-дослідній діяльності для подальшого вивчення та наукових розробок щодо кримінального процесуального та криміналістичного забезпечення досудового розслідування кримінальних проваджень; у правотворчості – для внесення змін та доповнень до законів і підзаконних нормативно-правових актів, якими регулюється кримінальне судочинство; у правозастосовній діяльності – для вдосконалення поліцейської діяльності, зокрема в умовах ризику інфікування туберкульозом та ВІЛ-інфекцією (акт впровадження Головного слідчого управління Національної поліції України у практичну діяльність органів досудового розслідування від 14.08.2020 р.; акт впровадження Управління моніторингу дотримання прав людини МВС України в органах системи МВС від 03.09.2020 р.); у навчальному процесі – під час викладання навчальних дисциплін «Криміналістика», «Особливості тактики проведення окремих слідчих дій», «Кримінальний процес», «Основи охорони праці та безпеки життєдіяльності» (акт про впровадження у навчальний процес Харківського національного університету внутрішніх справ від 25.06.2020 р., акт впровадження в освітній процес та науково-дослідну діяльність Національної академії внутрішніх справ від 09.07.2020 р).

Ключові слова: ВІЛ-інфекція, СНІД, туберкульоз, організаційні особливості, тактичні рекомендації, ризик інфікування, вербальні/нонвербальні слідчі (розшукові) дії, групи ризику.

SAMMARY

Pochtova Ye.S. Organization and tactics of conducting investigative (search) actions in the context of risk of HIV or tuberculosis infection. - Qualifying scientific paper on the basis of the manuscript.

The dissertation on competition of a degree of the doctor of philosophy on a specialty 081 - Law. - State University of Internal Affairs of Dnipropetrovsk city, Dnipro city, 2021.

For the first time the organizational and tactical features of conducting separate investigative (search) actions in the context of presence of a risk of HIV or tuberculosis infection are comprehensively studied and defined at the monographic level.

The state of scientific development of HIV and tuberculosis issue is highlighted, it is found that the vast majority of scientific papers are executed in the field of medicine, but at the level of legal sciences, in particular analysis of the spread of these diseases during law enforcement, criminal and procedural activities, some monographs are missing.

Based on the analysis of scientific sources and encyclopedic publications, certain features of the origin, spread and infection of HIV and tuberculosis have been identified, including historical, medical, socio-physiological, functional and statistical. Taking into account the opinions of scientists, the classification of tuberculosis according to certain criteria is presented: 1) by the scope of spread of the infectious agent; 2) by the nature of contact with the sick person; 3) by the situation (conditions) in which others find themselves; 4) by the way of spreading infectious contact; 5) by the subject of infection (which infects itself); 6) by the object of infection (organs in the human body); 7) by the resistance to environmental conditions into which *Mycobacterium tuberculosis* enters; 8) by the method of transmission; 9) by the way the infectious agent enters the human body; 10) by ways of shedding from the body of a sick person; 11) by species of mycobacteria. Criteria for the division of HIV infection into types are defined as

follows: 1) by the nature of the occurrence; 2) by the method of infection; 3) by the object of the most probable infection; 4) by ways of transmission.

The study of the state and prevalence of HIV and tuberculosis in Ukraine on the basis of official statistics of the Ministry of Healthcare gave grounds to establish that the total number of people with tuberculosis amounted to: in 2015 - 33,066 persons, in 2016 - 34,967 persons, in 2017 - 32,492 persons, in 2018 - 31,242 persons and in 2019 - 29,913 persons. With regard to HIV infection, the situation is not better: in 2015, 15,808 HIV-infected persons were registered for the first time, in 2016 - 17,064 persons, in 2017 - 18,197 persons, in 2018 – 18,099 persons; in 2019 - 16,257 persons.

The paper emphasizes that people with these diseases can be carriers and spreaders of dangerous diseases for many years, posing a real threat of infection to others. It was also found that in the case of conducting by law enforcement officers of investigative (search) actions involving HIV-infected, people with AIDS, tuberculosis or in the context of presence of a risk of infection from material objects containing infectious agents, they expose to danger not only to one's own life and health, but also to the life and health of other participants of procedural actions involved in their conduct.

It has been proven that the state of awareness of people, including law enforcement officers, about the ways of infection with tuberculosis and HIV is unsatisfactory, which increases the risk of infection. It is determined that the reasons for the high level of occupational diseases for HIV and tuberculosis are unsystematic and inconsistent activities of the Ministry of Internal Affairs of Ukraine, insufficient legal framework for security measures, etc.

The connection between the awareness of law enforcement officers about tuberculosis and HIV of any participant in criminal proceedings and the need to develop a specific approach to the organization and tactics of conducting procedural and investigative (search) actions is shown.

Taking into account the existing classification of investigative (search) actions in scientific sources, it is proposed to highlight the presence of a probable

risk of HIV and tuberculosis infection as an additional classification criterion and to divide investigative (search) actions in this regard into: 1) high; 2) average; 3) low risk of infection.

It is concluded that the most dangerous from the point of view of airborne tuberculosis infection are verbal investigative (search) actions (interrogation, simultaneous interrogation). From the point of view of the risk of tuberculosis infection by air-dust and contact ways, as well as the presence of the risk of HIV infection - the most dangerous are nonverbal investigative (search) actions (inspection, survey and search).

The organizational and tactical features when conducting verbal investigative (search) actions (on the example of interrogation and simultaneous interrogation of several persons) in the context of the risk of airborne tuberculosis infection have been clarified.

It is emphasized that conduct of the interrogation of a person suffering from tuberculosis with bacterial excretion requires the investigator to comply with the following requirements: 1) perfect knowledge of the ways of infection with tuberculosis; 2) use of skills for compliance with anti-tuberculosis infection control measures (administrative, engineering and individual); 3) be in possession of the means of individual infection control and be adept at using them; 4) have the skills and means to disinfect the premises, which are disinfected after the interrogation.

Regarding the organization and tactics of simultaneous interrogation with a participant with tuberculosis or HIV infection, measures are proposed to improve the effectiveness of this investigative (search) action, as well as minimize the risk of infection of the investigator and other participants of the simultaneous interrogation of persons present: 1) determination of expediency of conducting the interrogation; 2) psychological training of participants of simultaneous interrogation (with an emphasis on explaining to a healthy participant of the investigative (search) action of the ways of infection with these diseases and conviction in the safety of being near an HIV-infected person); 3) qualitative and full-fledged application of infection control measures in relation to the premises

where the simultaneous interrogation with the patient with active tuberculosis will be carried out and in relation to all present persons; 4) determination of the time and place of simultaneous interrogation (with emphasis on the possibility of conducting simultaneous interrogation with a patient with contagious tuberculosis in a special room or by videoconferencing, or at the end of the working day); 5) conducting additional interrogation (using a wide range of tactics aimed at eliminating contradictions); 6) determination of the persons with whom the simultaneous interrogation will be conducted and the order of their interrogation (with the prohibition of conducting simultaneous interrogation with a person suffering from active tuberculosis and an HIV-infected or person with AIDS); 7) selection of the participant who will be the first to testify; 8) definition and preparation of technical means of documentation, etc.

The author of the paper suggests the use of videoconferencing and the use of a special room of the territorial unit of the National Police of Ukraine, designed to work with contagious patients, as alternative ways of conducting verbal investigative (search) actions. The possibility and importance of their use and application in the context of the risk of HIV and tuberculosis infection are substantiated. It is determined that the special room is proposed to mean the appropriately equipped premises of the territorial unit of the National Police of Ukraine, in which all measures of anti-tuberculosis infection control (administrative, engineering, individual) are observed.

Taking into account the risk of infection with tuberculosis by airborne and contact ways, as well as HIV infection by parenteral means, the peculiarities of the organization and tactics of nonverbal investigative (search) actions (on the example of inspection, survey and search) are determined.

6) Factors that can minimize the infection of the investigator during the inspection of the scene are identified: 1) the availability of comprehensive primary information about the crime committed, the scene, the persons present at the scene; 2) knowledge and observance of personal safety rules during the inspection; 3) the ability to analyze and distinguish scenes by the criterion of their dangerousness

concerning HIV and / or tuberculosis infection; 4) strict observance of inspection tactics and technological recommendations; 5) observance of the universal principle of precaution, which consists in treating all objects and persons as potentially dangerous; 6) proper equipment with sets of tools for detection, retrieval, packaging of physical evidence, objects and samples for comparative studies.

The existing risks during the survey were established: 1) making communicative contact with a person who may be carrier and spreader of *Mycobacterium tuberculosis*; 2) making tactile contact with the person's body; 3) touch and prolonged holding of personal belongings and clothes of a person; 4) possible contact with visible and invisible biological substances that may contain infectious agents, including HIV, and may also belong not only to the person being surveyed, but also to unidentified persons about whom the investigator has no data; 5) prolonged stay in one room, often closed, which is associated with the possible exposure of the person being surveyed.

Possible search objects are classified according to the presence of risk of HIV and tuberculosis infection into: objects with high, average and low risk of infection. Depending on this, a number of organizational and tactical measures of the preparatory, working and final stages of the search are proposed.

It is concluded that the introduction of operational and duty assignments by law enforcement officers in the context of the risk of HIV and tuberculosis infection should be carried out in compliance with the universal principle of precaution, according to which all persons without exception with whom planned communicative and possibly tactile contact, as well as all things and objects of the material world, are considered as potentially infected, and those that carry infectious agents.

The result of the practical introduction of provisions of the dissertation is that they can be used in research activities for further study and research development on criminal procedural and forensic support of pre-trial investigation of criminal proceedings; into law-making - to make changes and additions to laws

and by-laws, which regulate proceeding in criminal matters; into law enforcement activity - to improve policing, in particular in the context of the risk of tuberculosis and HIV infection (act of introduction of the Main Department of Investigations of the National Police of Ukraine into the practical activity of pre-trial investigation bodies dated 14.08.2020; act of introduction of the Human Rights Monitoring Department of the Ministry of Internal Affairs of Ukraine into the bodies of the Ministry of Internal Affairs dated 03.09.2020), into the educational process - during the teaching of academic disciplines such as: «Forensics», «Peculiarities of tactics of certain investigative actions», «Criminal trial», «Fundamentals of labor protection and life safety» (act of introduction into the training process of Kharkiv National University of Internal Affairs dated 25.06.2020, act of introduction into the educational process and research activity of the National Academy of Internal Affairs dated 09.07.2020).

Key words: HIV infection, AIDS, tuberculosis, organizational features, tactical recommendations, risk of infection, verbal/nonverbal investigative (search) actions, risk groups.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, у яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Почтова Є.С. Особливості підготовки до проведення одночасного допиту в режимі відеоконференції з учасником, інфікованим туберкульозом дихальних шляхів. *Науковий вісник публічного та приватного права*. Вип. 4. Т. 2.. Київ, 2018. С. 170-174.
2. Почтова Є.С. Наявність в учасника заразного туберкульозу як підстава проведення одночасного допиту в режимі відеоконференції: процесуальний аспект. *Актуальні проблеми вітчизняної юриспруденції*. Вип. 5. Дніпро, 2018. С. 118-121.
3. Почтова Є. С. До питання проведення освідування, з урахуванням ризику інфікування слідчого на ВІЛ/СНІД або туберкульоз дихальних

шляхів. *Вісник Південного регіонального центру Національної академії правових наук України*. № 17. Одеса, 2018. С. 211-216.

4. Почтова Є.С. Організаційно-тактичні заходи підготовки до проведення освідування в умовах ризику інфікування ВІЛ/СНІДом та/або туберкульозом. *Науковий вісник Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ*. № 3 (96). Дніпро, 2018. С. 150-155

5. Почтова Є.С. Деякі способи інфікування працівників поліції ВІЛ/СНІДом та туберкульозом під час виконання службових обов'язків. *Visegrad Journal on Human Rights*. №5 (volume 2). м. Братислава, Словацька Республіка. 2018. С. 66-69.

6. Почтовая Е.С. Особенности проведения осмотра места происшествия в условиях риска инфицирования туберкулёзом или ВИЧ/СПИДом. *Legea si Viata*, №11/2 (323). Республика Молдова. 2018. С. 109-112

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

1. Почтова Є.С. Деякі аспекти тактики затримання слідчим осіб, хворих на туберкульоз. *Актуальні питання досудового розслідування* : матеріали II Всеукраїнської наук.-практ. конф. (м. Кривий Ріг, 21 жовтня 2016 р.). Кривий Ріг: Поліграфічна компанія «Геліос-Принт», 2017. С. 144-146.

2. Почтова Є.С. Перспективи наукового обґрунтування тактики проведення слідчих (розшукових) дій за участю осіб, інфікованих ВІЛ/СНІДом та туберкульозом. *Юридична наука : сучасний стан, перспективи, інновації* : матеріали всеукраїнської наук.-практ. конф. м. Кривий Ріг, 7 грудня 2016 р.). Кривий Ріг: КФ ДДУВС, 2016. С. 101-103.

3. Почтова Є.С. Вплив поінформованості слідчого про захворювання учасника досудового розслідування туберкульозом на організацію та проведення слідчих (розшукових) дій. *Актуальні питання протидії злочинності в сучасних умовах: вітчизняний та зарубіжний досвід* :

матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Дніпро, 17 березня 2017 р.). Дніпро : Дніпроп. держ. ун-т внутр. справ; Ліра ЛТД, 2017, Ч-2. С. 114–116.

4. Почтова Є.С. Організаційно-тактичні особливості проведення допиту осіб, хворих на туберкульоз. *Актуальні проблеми розслідування кримінальних правопорушень у сфері громадської безпеки та громадського порядку у досудовому розслідуванні* : матеріали наук.-практ. семінару (м. Дніпро, 30 травня, 2017 р.) Дніпро : Дніпроп. держ. ун-т внутр. справ. 2017. С. 119–121.

5. Почтова Є.С. Щодо деяких проблемних питань захисту працівників поліції від захворювання на ВІЛ/СНІД. *Сучасні тенденції розвитку криміналістики та кримінального процесу* : міжнар. наук.-практ. конф. до 100-річчя від дня народження проф. М.В. Салтевського (м. Харків, 8 листоп. 2017 р.). МВС України, Харків нац. ун-т внутр. справ. Харків, 2017. С. 167–168.

6. Почтова Є.С. Щодо вирішення питання доцільності проведення одночасного допиту за наявності в одного з учасників ВІЛ/СНІДу або заразної форми туберкульозу. *Актуальні питання досудового розслідування та тенденції розвитку криміналістичної методики* : всеукр. наук.-практ. конф. (м. Харків, 21 листоп. 2018 р.). МВС України, Харків нац. ун-т внутр. справ. Харків, 2018. С. 161–162.

7. Почтова Є.С. Щодо ризиків інфікування слідчого ВІЛ-інфекцією або туберкульозом дихальних шляхів під час проведення освідування. *Актуальні проблеми кримінально-правового, кримінально-процесуального та криміналістичного забезпечення безпеки України* : матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (м. Дніпро, 30 листопада 2018 р.). Дніпро : Видавець Біла К. О., 2018. С.164-166.

8. Почтова Є.С. Ризики інфікування слідчого ВІЛ/СНІДом або туберкульозом під час проведення обшуку у справах про злочини проти громадської безпеки. *Кримінально-правові та кримінологічні засоби протидії злочинам проти громадської безпеки та публічного порядку* : зб. тез доп.

міжнар. наук.-практ. конф. До 25-річчя ХНУВС (м. Харків, 18 квітня 2019 р.). МВС України, Харків нац. ун-т внутр. справ; Кримінолог. асоц. України. Харків : ХНУВС, 2019. С. 176–177.

9. Почтова Є.С. Щодо допомоги спеціаліста під час огляду місця події з виявлення слідів біологічного походження в умовах ризику інфікування ВІЛ, туберкульозом або іншими інфекційними захворюваннями. *Актуальні проблеми експертного забезпечення досудового розслідування* : матеріали наук.-практ. Семінару : (Дніпро, 29 травня 2020 р.). Дніпро : Дніпроп. держ. ун-т внутр. справ, 2019. С. 295-298.

Наукові праці, які додатково відображають наукові результати дисертації:

1. Почтова Є.С. Принципи та умови створення спеціального приміщення для роботи з інфекційними хворими, зокрема з хворими на активний туберкульоз органів дихання у територіальних підрозділах Національної поліції України. Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір № 98305 видане Міністерством розвитку економіки, торгівлі та сільського господарства України 24.06.2020 року.

ЗМІСТ

| | |
|---|------------|
| ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ | 19 |
| ВСТУП | 21 |
| РОЗДІЛ 1. Теоретико-методологічні засади проведення слідчих (розшукових) дій в умовах ризику інфікування ВІЛ-інфекцією або туберкульозом | 33 |
| 1.1. Стан наукової розробленості ризику інфікування ВІЛ-інфекцією та туберкульозом | 33 |
| 1.2. Вплив поінформованості працівників поліції щодо захворювання на заразний туберкульоз та/або ВІЛ/СНІД учасника кримінального провадження на характер діяльності з організації розслідування | 51 |
| 1.3. Класифікація слідчих (розшукових) дій за ступенем ризику зараження ВІЛ-інфекцією або туберкульозом при їх проведенні | 69 |
| Висновки до розділу 1. | 83 |
| РОЗДІЛ 2. Організаційно-тактичні особливості проведення вербальних слідчих (розшукових) дій в умовах ризику інфікування туберкульозом | 87 |
| 2.1. Особливості проведення допиту | 87 |
| 2.2. Тактика проведення одночасного допиту (двох або більше) раніше допитаних осіб, за участі ВІЛ-інфікованої, хворої на СНІД або туберкульоз особи | 109 |
| 2.3. Шляхи оптимізації роботи слідчого під час проведення вербальних слідчих (розшукових) дій, в умовах ризику інфікування туберкульозом | 127 |
| Висновки до розділу 2. | 147 |

| | |
|---|------------|
| РОЗДІЛ 3. Організаційно-тактичні особливості проведення нонвербальних слідчих (розшукових) дій в умовах ризику інфікування ВІЛ-інфекцією або туберкульозом | 152 |
| 3.1. Організаційно-тактичні особливості огляду місця події | 152 |
| 3.2. Організаційно-тактичні особливості проведення освідування в умовах існування ризику інфікування ВІЛ-інфекцією та туберкульозом | 172 |
| 3.3. Тактика проведення обшуку в умовах ризику інфікування ВІЛ- інфекцією або туберкульозом | 192 |
| Висновки до розділу 3. | 212 |
| ВИСНОВКИ | 216 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ | 221 |
| ДОДАТКИ | 261 |

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

БЦЖ (від лат. BCG) – бацила Кольмета-Герена – вакцина для щеплення проти туберкульозу,

ВІЛ – вірус імунодефіциту людини

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я,

ДУ «ЦГЗ МОЗ України» – Державна установа «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»,

ЄРДР – Єдиний реєстр досудових розслідувань

ЗМІ – засоби масової інформації,

ЗУ – Закон України,

КПК - кримінальний процесуальний кодекс,

м. – місто,

МБТ – мікобактерії туберкульозу,

МВС – Міністерство внутрішніх справ,

міс. – місяць,

мкм. – мікромметр,

мл. – мілілітр,

млн. – мільйон,

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я,

МРТБ – мультирезистентний туберкульоз,

ОВС – органи внутрішніх справ,

ООН – Організація об'єднаних націй,

ОМП – огляд місця події,

п. – пункт,

ПКП – постконтактна профілактика,

ПТЗ – протитуберкульозний заклад,

р. – рік,

рр.. – роки,

СНІД – синдром набутого імунодефіциту людини,

СОГ – слідчо-оперативна група,

СРД – слідча (розшукова) дія,

ст. – стаття,

США – Сполучені штати Америки,

т.п. – тому подібне,

ТБ – туберкульоз,

тис. – тисяча,

УФО – ультра-фіолетове опромінення

ч. – частина.

COVID-19 (від англ. Corona Virus Disease) – гостра респіраторна хвороба, яку спричинює коронавірус SARS-CoV-2.

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження. Питання протидії інфікування ВІЛ та туберкульозом в Україні є одними з пріоритетних напрямів державної політики у сфері охорони здоров'я і соціального розвитку. Загострення цієї проблеми обумовлено низьким рівнем життя значних прошарків населення, недоліками системи охорони здоров'я, появою нових популяцій збудників із множинною стійкістю до ліків та невисокою ефективністю профілактичних заходів серед вразливих верств населення, а також незнанням основних ознак, зовнішніх проявів вказаних захворювань.

Підтвердженням цьому є невтішні статистичні дані МОЗ України щодо кількості та динаміки розповсюдження хвороб. Так, загальна кількість хворих на туберкульоз склала: у 2015 році – 33 066 осіб, у 2016 році – 34 967 осіб, у 2017 році – 32 492 особи, у 2018 році – 31 242 особи та у 2019 році – 29 913 осіб.

Стосовно ВІЛ-інфекції ситуація не краща: у 2015 році зареєстровано 15 808 ВІЛ-інфікованих осіб, яких узято під нагляд вперше, у 2016 році – 17 064 осіб, у 2017 році – 18 197 осіб, у 2018 році – 18 099 осіб; у 2019 році – 16 257 осіб.

Хворі на зазначені недуги особи можуть багато років бути носіями та розповсюджувачами небезпечних захворювань, становлячи реальну загрозу зараження оточуючих. У випадку проведення працівниками правоохоронних органів слідчих (розшукових) дій за участю ВІЛ-інфікованих, хворих на СНІД, туберкульоз або в умовах наявності ризику інфікування від матеріальних об'єктів, що містять на собі збудники хвороб, вони наражають на небезпеку не лише власне життя та здоров'я, а й життя та здоров'я інших учасників процесуальних дій, залучених до їх проведення.

У першу чергу до групи ризику інфікування належать працівники правоохоронних органів, які в силу виконання службових завдань щоденно можуть контактувати із зазначеними вище особами. Слід констатувати, що

більшість практичних співробітників правоохоронних органів не мають уяви про характер ВІЛ-інфекції та туберкульозу, способи їх поширення та діагностування, не приділяють уваги взаємодії з медичними закладами, ІТТ, СІЗО та іншими установами для отримання інформації про наявність в осіб, залучених до слідчих (розшукових) дій, зазначених захворювань.

Наслідком незнання та недотримання працівниками поліції правил та норм особистого інфекційного захисту є статистичні дані щодо захворюваності серед працівників міліції (поліції). Так, за даними Управління охорони здоров'я та реабілітації МВС України у період з 2013 року по т.ч. кількість ВІЛ-інфікованих склала 23 особи: 2013 рік – 9 осіб, 2014 рік – 2 особи, 2015 рік – 1 особа, 2016 рік – 2 особи, 2017 рік – 3 особи, 2018 рік – 2 особи, 2019 рік – 1 особа та перший квартал 2020 року – 2 особи. За період 2013-2019 рр. туберкульоз виявлено у 320 співробітників: 2013 рік – 51 особа, 2014 рік – 44 особи, 2015 рік – 49 осіб, 2016 рік – 46 осіб, 2017 рік – 45 осіб, 2018 рік – 49 осіб, 2019 рік – 36 осіб.

Однією з причин, що впливає на існуючу ситуацію є недостатня наукова розробленість цієї проблеми, відсутність ефективних рекомендацій з організації та проведення СРД за участю ВІЛ-інфікованих, хворих на СНІД та ТБ осіб для практичних працівників. Це питання потребує не тільки наукового вирішення, а й практичного втілення з використанням новітніх та вдосконаленням існуючих засобів і методів, обумовлених сучасним станом інфікування працівників правоохоронних органів зазначеними тяжкими, а часом й невиліковними, захворюваннями.

Загальні аспекти сутності ВІЛ/СНІДу та ТБ, шляхів інфікування, способів лікування та профілактики вказаних хвороб висвітлювали в своїх роботах вітчизняні вчені -фахівці у галузі медицини, зокрема: Л.Ф. Антоненко, Я.М. Балабанова, М. Гридчук, Н.А. Гріцова, Л.В. Єфименко, С.І. Зайцева, І.Ф. Ільїнська, С.Є. Іоффе, О.В. Крайдашенко, Н.А. Литвиненко, С.Л. Матвєєва, В.Г. Матусевич, В.М. Мельник, В.П. Мельник, І.О. Новожилова, А.М. Приходько, О.М. Разнатовська,

А.В. Саржевська, Т.Г. Світлична, О.О. Свинтозельський, О.Р. Сметаніна, А.А. Суханова, Ю.І. Фещенко, С.О. Черенько, О.С. Шальмін, Л.В. Щербакова, Л.П. Ющенко, Р.М. Ясінський та ін., а також зарубіжні вчені, такі як: В. Велла, М. Верф, Д. Голетті, Л. Грандджейн, Р. Гуера, А. Дармедхікарі, Д. Енарсон, А. Ескомбе, С. Ефлерс, М. Ленгендем, У. Мак, Г. Малевські, Г. Мігліорі, Дж. Моррісон, М. Мфалеле, В. Назаров, Г. Недвескіс, М. Нікас, М. Рей, В. Рекелбуто, Г. Рідер, А. Сандгрєн, М. Сестер, К. Тіот, Г. Фокс, А. Хаббард, П. Хопвелл, Дж. Хретін, Г. Юодкайте-Гранскієне та ін.

Питанням організації та тактики проведення окремих слідчих (розшукових) дій приділяли в своїх роботах вітчизняні і зарубіжні вчені у галузі криміналістики, кримінального та кримінального процесуального права, зокрема: Т.В. Аверьянова, В.В. Агафонов, В.І. Алексійчук, Л.П. Баканова, О.М. Бандурка, В.В. Баранчук, В.П. Бахін, Р.С. Белкін, Г.С. Бідняк, П.Д. Біленчук, О.А. Борідько, О.Л. Булейко, О.П. Ващук, І.В. Волинець, В.К. Весельський, В.І. Галаган, А.Г. Гаркуша, В.М. Глібко, В.А. Глуховець, В.Г. Гончаренко, В.В. Дараган, С.Ф. Денисюк, В.Г. Дрозд, М.М. Єфімов, В.А. Журавель, С.Ю. Карпушин, В.В. Кікінчук, В.П. Кольченко, В.О. Коновалова, Ю.Г. Корухов, В.С. Кузьмічов, Є.Д. Лук'янчиков, Б.Є. Лук'янчиков, Є.І. Макаренко, В.Т. Нор, О.В. Одерій, Н.В. Павлова, К.М. Пантелєєв, І.В. Пиріг, В.М. Плетенець, В.В. Пясковський, Є.Р. Російська, М.В. Салтевський, В.М. Тертишник, Л.Д. Удалова, Ж.В. Удовенко, К.О. Чаплинський, В.Ю. Шепітько, М.Є. Шумило, В.В. Юсупов та інші.

Деякі аспекти забезпечення особистої безпеки працівників поліції під час виконання ними службових обов'язків від ризику інфікування ВІЛ та ТБ у галузево-предметному досліджували наступні вчені-правники: О.М. Джу́жа [75] – на монографічному рівні за спеціальністю 12.00.08; М.М. Алексійчук, С.М. Бортнік, К.Л. Бугайчук, В.В. Волинець, О.Ф. Гіда, В.А. Глуховець, С.П. Домбровський, Д.Г. Казначєєв, В.В. Кікінчук, Ю.В. Кобикова,

С.М. Корецький, С.П. Лапта В.О. Малярова, Т.П. Матюшкова,
М.Ф. Недоступ, Г.І. Піщенко, Н.М. Прокопенко, І.О. Роціна,
С.О. Стародубцев, Р.Л. Степанюк, О.М. Стрільців, О.П. Флорін, В.В. Юсупов
та ін. – на рівні навчально-методичних посібників, методичних рекомендацій,
пам'яток та наукових статей.

Ризик інфікування працівників поліції ВІЛ або ТБ у цілому нечасто стає самостійним предметом наукових досліджень вчених; при цьому більшість з таких досліджень мають або загальнотеоретичний, або ж, навпаки, конкретно прикладний характер, зосереджуючись на окремих різновидах процесуальних дій.

Указані вчені внесли активний доробок у розвиток науки криміналістики та кримінального процесуального права, проте поза їх увагою залишились питання організаційних й тактичних особливостей проведення слідчих (розшукових) дій в умовах ризику інфікування туберкульозом та ВІЛ-інфекцією, а комплексні дослідження з цього питання відсутні взагалі, у зв'язку з чим, це питання набуває особливої актуальності.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами, грантами. Дисертацію виконано відповідно до Переліку пріоритетних напрямів наукового забезпечення діяльності ОВС на період 2015-2019 років затвердженого наказом МВС України від 16.03.2015 № 275 та у межах загально університетської наукової теми Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ «Актуальні проблеми кримінально-правового, кримінального процесуального та криміналістичного забезпечення протидії злочинності» (державний реєстраційний номер 0118U100431); відповідно до Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки, затвердженої Законом України від 20 жовтня 2014 року № 1708-VII, Плану заходів МВС з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу серед особового складу структурних підрозділів Національної поліції України та військовослужбовців Національної гвардії України у 2015-2018 роках, затвердженого Заступником Міністра внутрішніх

справ України О.В. Тахтаєм 12 серпня 2016 року, Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012-2016 роки, затвердженої Законом України від 16 жовтня 2012 р. № 5451-VI, Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2018-2021 роки, схваленої Розпорядженням Кабінету міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1011-р., реалізації інноваційного науково-освітнього проекту «Захист працівників правоохоронних органів від професійних ризиків, пов'язаних із загрозою інфікування ВІЛ/СНІДом та туберкульозом при виконанні ними службових обов'язків».

Мета та завдання дослідження. Метою дисертаційного дослідження є визначення організаційних й тактичних особливостей проведення слідчих (розшукових) дій в умовах ризику інфікування туберкульозом або ВІЛ-інфекцією та розробка наукових і практичних пропозицій щодо вдосконалення слідчої діяльності.

Для досягнення зазначеної мети було поставлено такі завдання:

- визначити стан наукової розробленості ризику інфікування туберкульозом та ВІЛ-інфекцією;
- з'ясувати вплив поінформованості працівників поліції щодо захворювання на заразний туберкульоз та/або ВІЛ-інфекцію учасника кримінального провадження на характер діяльності з організації розслідування;
- охарактеризувати класифікацію слідчих (розшукових) дій за наявністю ймовірного ризику інфікування ВІЛ-інфекцією та туберкульозом при їх проведенні;
- визначити організаційно-тактичні особливості проведення допиту в умовах ризику інфікування туберкульозом або ВІЛ-інфекцією;
- проаналізувати тактику проведення одночасного допиту (двох або більше) раніше допитаних осіб, за участі ВІЛ-інфікованої, хворої на СНІД або туберкульоз особи;

- окреслити шляхи оптимізації роботи слідчого під час проведення вербальних слідчих (розшукових) дій в умовах ризику інфікування туберкульозом;

- визначити організаційно-тактичні особливості проведення огляду місця події;

- з'ясувати тактику проведення освідування в умовах існування ризику інфікування туберкульозом або ВІЛ-інфекцією;

- встановити організаційні й тактичні засоби і заходи під час проведення обшуку в умовах ризику інфікування туберкульозом або ВІЛ-інфекцією.

Об'єктом дослідження є кримінальні процесуальні відносини, які складаються під час здійснення досудового розслідування у кримінальному провадженні.

Предмет дослідження становить організація й тактика проведення слідчих (розшукових) дій в умовах ризику інфікування ВІЛ-інфекцією або туберкульозом.

Методи дослідження. Методологічним підґрунтям дослідження є сукупність загальних і спеціальних методів та прийомів наукового пізнання. Зокрема, за допомогою логіко-семантичного методу, методу сходження від абстрактного до конкретного поглиблено понятійний апарат (підрозділи 1.1, 1.3, 2.1, 2.2, 2.3). Структурно-функціональний метод був підґрунтям визначення сутності та особливостей кримінально-процесуальних відносин в умовах ризику інфікування туберкульозом та ВІЛ-інфекцією (підрозділи 1.1, 1.3). Метод абстрагування дав змогу зосередитися на важливих напрямках кримінально-процесуального та криміналістичного забезпечення безпеки учасників кримінального провадження (підрозділи 1.2, 2.1, 2.2, 3.1, 3.2, 3.3). За допомогою методу узагальнення проаналізовано думки вчених щодо визначення понять «слідчі (розшукові) дії», «тактичні рекомендації під час досудового розслідування», «допиту», «одночасного допиту (двох або більше) осіб» та запропоновано їх авторські тлумачення з урахуванням

аспекту «в умовах ризику інфікування туберкульозом та ВІЛ-інфекцією», сформульовано поняття «спеціального приміщення територіального підрозділу Національної поліції України, створеного для роботи із інфекційними хворими, зокрема на відкриту форму туберкульозу органів дихання» (підрозділи 1.3, 2.1, 2.2, 2.3). Під час визначення організаційних й тактичних особливостей проведення слідчих (розшукових) дій використано формально-логічний метод (підрозділи 2.1, 2.2, 3.1, 3.2, 3.3). Метод синтезу дав можливість здійснення класифікації явищ і процесів, зокрема туберкульозу, ВІЛ-інфекції, слідчих (розшукових) дій на види за визначеними критеріями (підрозділи 1.1, 1.3). Порівняльно-правовий метод застосовано під час аналізу правових засад забезпечення безпеки діяльності працівників органів внутрішніх справ (підрозділ 1.2). Теоретико-прогностичний метод використано для надання пропозицій щодо оптимізації роботи слідчого в умовах ризику інфікування туберкульозом та ВІЛ-інфекції.

Крім того, у роботі використовувалися спеціальні методи наукових досліджень, зокрема метод юридичної герменевтики – для тлумачення змісту нормативних актів, що регулюють відносини у сфері кримінально-процесуального законодавства (підрозділи 2.1, 2.2, 2.3, 3.1, 3.2, 3.3), логіко-семантичний метод – для розгляду наукових категорій та класифікацій (підрозділи 1.1, 1.3, 2.1, 2.2, 2.3) та статистичний метод – для розгляду соціологічних аспектів діяльності працівників органів внутрішніх справ в умовах ризику інфікування туберкульозом та ВІЛ-інфекцією (підрозділи 1.1, 1.2).

Науково-теоретичним підґрунтям дисертаційного дослідження є наукові праці українських і зарубіжних учених, фахівців у галузях загальної теорії держави та права, конституційного права, медицини, кримінального та кримінального процесуального права і криміналістики.

Нормативною основою дисертації є Конституція України, Кримінальний процесуальний кодекс України, чинні законодавчі й підзаконні нормативно-правові акти, які регулюють кримінальні

процесуальні відносини в Україні. У дисертаційному дослідженні враховано досвід фахівців у галузі медицини щодо запобігання та профілактики поширення ВІЛ-інфекції або туберкульозу.

Інформаційну й емпіричну базу дослідження становлять матеріали правозастосовної практики, статистичні дані про основні показники захворюваності на туберкульоз та ВІЛ-інфекцію/СНІД у світі та Україні, довідкові видання, статистичні та аналітичні матеріали роботи Національної поліції України, вивчення матеріалів 100 кримінальних проваджень, порушених за ст. 309 КК України, зведені дані, отримані в результаті анкетування 837 працівників Національної поліції України, 421 працівника слідчих підрозділів Національної поліції України та 76 учасників кримінальних проваджень у Дніпропетровській, Запорізькій, Кіровоградській та Харківській області та інтерв'ювання фахівців у галузі медицини, а саме працівників протитуберкульозних закладів та судово-медичних експертів, а також власний практичний досвід роботи у слідчому підрозділі Національної поліції України у місті Дніпро.

Наукова новизна одержаних результатів визначається тим, що вперше на монографічному рівні комплексно з використанням методів пізнання та врахуванням новітніх досягнень науки криміналістики досліджено організаційні й тактичні особливості проведення слідчих (розшукових) дій в умовах ризику інфікування туберкульозом та ВІЛ-інфекцією, запропоновано шляхи удосконалення слідчої діяльності. У результаті дослідження сформульовано низку наукових положень і висновків, запропонованих особисто здобувачем. Основні з них є такими:

уперше:

– запропоновано виділяти наявність ризику інфікування туберкульозом та ВІЛ-інфекцією в якості додаткового критерія класифікації слідчих (розшукових) дій: 1) з високим ризиком інфікування; 2) з середнім ризиком інфікування; 3) з низьким ризиком інфікування. Найбільш небезпечними з точки зору інфікування туберкульозом повітряно-крапельним способом є

вербальні слідчі (розшукові) дії (допит, одночасний допит). З точки зору інфікування туберкульозом повітряно-пиловим та контактним способом, а також за наявністю ризику інфікування ВІЛ – найбільш небезпечними є нонвербальні слідчі (розшукові) дії (огляд, освідування та обшук);

– обґрунтовано необхідність створення спеціального приміщення в територіальних підрозділах Національної поліції України, де будуть дотримані усі форми протитуберкульозного інфекційного контролю, що зумовлено невтішною статистикою захворюваності на туберкульоз серед працівників міліції (поліції);

– сформульовано авторське визначення спеціального приміщення територіального підрозділу Національної поліції України, створеного для роботи з інфекційними хворими, зокрема на відкриту форму туберкульозу органів дихання, під яким запропоновано розуміти відповідно облаштоване приміщення територіального підрозділу Національної поліції України, у якому дотримано усіх заходів протитуберкульозного інфекційного контролю (адміністративного, інженерного, індивідуального);

удосконалено:

– положення щодо організації й тактики проведення слідчих (розшукових) дій з високим ризиком інфікування туберкульозом повітряно-крапельним, повітряно-пиловим та контактним способами, а також особливостей проведення невербальних та змішаних слідчих (розшукових) дій за участю ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД учасників кримінального провадження в умовах зараження небезпечними захворюваннями парентеральним способом;

– перелік організаційних й тактичних заходів під час проведення слідчих (розшукових) дій в умовах ризику інфікування туберкульозом та ВІЛ-інфекцією;

– уявлення про відеоконференцію як альтернативний спосіб проведення вербальних слідчих (розшукових) дій (допит, одночасний допит

декількох осіб тощо) в умовах ризику інфікування туберкульозом та ВІЛ-інфекцією;

– розуміння ролі обізнаності працівників поліції про способи поширення та зараження туберкульозом і ВІЛ-інфекцією та дотримання, у зв'язку з цим, заходів інфекційного контролю під час проведення слідчих (розшукових) дій;

дістали подальшого розвитку:

– уявлення про захворювання на туберкульоз та ВІЛ-інфекцію шляхом систематизації знань про їх виникнення та поширення за критерієм поділу на історичні, медичні, соціально-фізіологічні, функціональні, статистичні особливості;

– положення про необхідність активізації нормотворчої та організаційної роботи з боку МВС України у питанні забезпечення безпеки працівників поліції під час виконання службових обов'язків за участю осіб, що мають ВІЛ та хворими на туберкульоз;

– уявлення про необхідність віднесення працівників правоохоронних органів до груп підвищеного ризику інфікування суспільно-небезпечними хворобами, зокрема туберкульозом та ВІЛ-інфекцією;

– положення про поділ слідчих (розшукових) дій на вербальні, невербальні та змішані в аспекті ризику інфікування туберкульозом та ВІЛ-інфекцією.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що вони становлять як науково-теоретичний, так і практичний інтерес і можуть бути використані:

– у науково-дослідній діяльності для подальшого вивчення та наукових розробок щодо кримінального процесуального та криміналістичного забезпечення досудового розслідування кримінальних проваджень;

– у правотворчості – для внесення змін та доповнень до законів і підзаконних нормативно-правових актів, якими регулюється кримінальне судочинство;

– у правозастосовній діяльності – для вдосконалення поліцейської діяльності, зокрема в умовах ризику інфікування туберкульозом та ВІЛ-інфекцією (Акт впровадження Головного слідчого управління Національної поліції України у практичну діяльність органів досудового розслідування від 14.08.2020 р.; Акт впровадження Управління моніторингу дотримання прав людини МВС України в органах системи МВС від 03.09.2020 р.);

– у навчальному процесі – під час викладання навчальних дисциплін «Криміналістика», «Особливості тактики проведення окремих слідчих дій», «Кримінальний процес», «Основи охорони праці та безпеки життєдіяльності» (Акт про впровадження у навчальний процес Харківського національного університету внутрішніх справ від 25.06.2020 р., Акт впровадження в освітній процес та науково-дослідну діяльність Національної академії внутрішніх справ від 09.07.2020 р).

Апробація результатів дослідження. Основні положення дисертації в цілому та окремі її аспекти оприлюднено автором на засіданнях кафедри, науково-практичних семінарах, всеукраїнських науково-практичних конференціях, міжнародних науково-практичних конференціях, зокрема: ІІ Всеукраїнська науково-практична конференція «Актуальні питання досудового розслідування» (м. Кривий Ріг, 21 жовтня 2016 р.); Всеукраїнська науково-практична конференція «Юридична наука : сучасний стан, перспективи, інновації» (м. Кривий Ріг, 7 грудня 2016 р.); Міжнародна науково-практична конференція «Актуальні питання протидії злочинності в сучасних умовах : вітчизняний та зарубіжний досвід» (м. Дніпро, 17 березня 2017 р.); Науково-практичний семінар «Актуальні проблеми розслідування кримінальних правопорушень у сфері громадської безпеки та громадського порядку у досудовому розслідуванні» (м. Дніпро, 30 травня, 2017 р.); Міжнародна науково-практична конференція до 100-річчя від дня народження проф. М.В. Салтевського «Сучасні тенденції розвитку криміналістики та кримінального процесу» (м. Харків, 8 листоп. 2017 р.); Всеукраїнська науково-практична конференція «Актуальні питання

досудового розслідування та тенденції розвитку криміналістичної методики» (м. Харків, 21 листоп. 2018 р.); Міжнародна науково-практична конференція «Актуальні проблеми кримінально-правового, кримінально-процесуального та криміналістичного забезпечення безпеки України» (м. Дніпро, 30 листопада 2018 р.); Міжнародна науково-практична конференція до 25-річчя ХНУВС «Кримінально-правові та кримінологічні засоби протидії злочинам проти громадської безпеки та публічного порядку» (м. Харків, 18 квітня 2019 р.); Науково-практичний семінар «Актуальні проблеми експертного забезпечення досудового розслідування» (Дніпро, 29 травня 2020 р.), а також Міністерством розвитку економіки, торгівлі та сільського господарства України видано Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір (літературний письмовий твір науково-практичного характеру) «Принципи та умови створення спеціального приміщення для роботи з інфекційними хворими, зокрема з хворими на активний туберкульоз органів дихання у територіальних підрозділах Національної поліції України» № 98305 від 24.06.2020 р.

Структура та обсяг дисертації зумовлюється предметом, метою та завданнями дослідження. Робота складається з основної частини (вступу, трьох розділів, що включають у себе дев'ять підрозділів, висновків), списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг дисертації становить 293 сторінок, із них основного тексту 200 сторінки, список використаних джерел налічує 346 найменувань і займає 40 сторінок. 10 додатків викладено на 34 сторінках.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПРОВЕДЕННЯ СЛІДЧИХ (РОЗШУКОВИХ) ДІЙ В УМОВАХ РИЗИКУ ІНФІКУВАННЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ АБО ТУБЕРКУЛЬОЗОМ

1.1. Стан наукової розробленості ризику інфікування туберкульозом та ВІЛ-інфекцією

Сьогодні з особливою гостротою постає питання щодо поширення в світі туберкульозу (ТБ) та вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ) / синдрому набутого імунодефіциту людини (СНІД), якими заражається все більше людей. Актуальність дослідження питань інфікування вже давно назріла і наукова спільнота, перш за все, повинна консолідувати зусилля у напрямі профілактики та протидії цим недугам. Адже лише системний підхід зможе забезпечити ефективну боротьбу з ТБ та ВІЛ-інфекцією.

Пропонуємо більш детально проаналізувати причини виникнення й розповсюдження ТБ та ВІЛ/СНІДу, оскільки, більшість населення світу в цілому та України зокрема розуміють природу цих недугів лише поверхово, тобто, мають загальні уявлення та знання.

Загальні аспекти сутності ВІЛ/СНІДу та туберкульозу, шляхів інфікування, способів лікування та профілактики вказаних хвороб були предметом досліджень вітчизняних вчених - фахівців у галузі медицини, зокрема таких, як: Л.Ф. Антоненко, Я.М. Балабанова, М. Гриджук, Н.А. Гріцова, Л.В. Єфименко, С.І. Зайцева, І.Ф. Ільїнська, С.Є. Іоффе, Н.А. Литвиненко, С.Л. Матвєєва, В.Г. Матусевич, В.М. Мельник, В.П. Мельник, І.О. Новожилова, А.В. Саржевська, Т.Г. Світлична, О.О. Свинтозельський, О.Р. Сметаніна, А.А. Суханова, Ю.І. Фещенко, С.О. Черенько, О.С. Шальмін, Л.В. Щербакова, Л.П. Ющенко, Р.М. Ясінський та ін., а також зарубіжних вчених, зокрема: В. Велла, М. Верф, Д. Голетті, Л. Грандджейн, Р. Гуера, А. Дармедхікарі, Д. Енарсон, А. Ескомбе, С. Ефлерс, М. Ленгендем, У. Мак, Г. Малевскі, Г. Мігліорі, Дж. Моррісон, М. Мфалеле, В. Назаров, Г. Недвескіс, М. Нікас, М. Рей,

В. Рекелбуто, Г. Рідер, А. Сандгрєн, М. Сестер, К. Тіот, Г. Фокс, А. Хаббард, П. Хопвелл, Дж. Хретін, Г. Юодкайте-Гранскієне та ін.

Вважаємо, що більш ґрунтовне вивчення зазначеного питання якомога більшою кількістю людей сприятиме підвищенню ефективності профілактичних заходів, спрямованих на протидію розповсюдження ТБ та ВІЛ-інфекції. Безспірним є факт того, що знання про недуг сприяють не тільки профілактиці, а і виявленню на більш ранній стадії виникнення, враховуючи інформацію про симптоматичні прояви, хвороби.

Вбачається доцільним проведення дослідження таких негативних соціальних явищ як ТБ та ВІЛ/СНІД через призму вивчення їх сутності, особливостей виникнення, сфери розповсюдження, факторів передачі, заходів протидії та профілактики тощо. Розпочнемо із туберкульозу.

Державна установа «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» (ДУ «ЦГЗ МОЗ України») дає визначення, що ТБ – це інфекційне захворювання. Його викликає мікобактерія туберкульозу (МБТ), що називається також паличкою Коха [245]. Ця хвороба відзначається рядом специфічних особливостей, які були виявлені та систематизовані нами під час вивчення наукової, енциклопедичної та медичної літератури. Пропонуємо здійснювати дослідження питань, пов'язаних із ТБ через призму особливостей:

- 1) історичних – місця і країни виникнення та масового розповсюдження ТБ, передумов (причин), що цьому сприяли;
- 2) медичних – характеру інфікування цим недугом;
- 3) соціально-фізіологічних – найбільш сприятливе середовище поширення інфекції, виявлення переносників та розповсюджувачів недугу;
- 4) функціональних – процесів та явищ через які МБТ потрапляє в організм людини, інфікуючи її;
- 5) статистичних – даних щодо кількості захворюваних у світі та Україні.

В якості *історичних особливостей* виникнення ТБ слід зазначити, що найбільш «сприятливим» є суспільне середовище країн третього світу (країн, які розвиваються, зокрема, Індонезії, Філіппін, Пакистану, Нігерії, Південної Африки), що підтверджується думками профільних спеціалістів. Як зазначають Ю.І. Феценко, В.М. Мельник, В.Г. Матусевич, І.О. Новожилова. На початку 90-х років ХХ століття в багатьох країнах світу, особливо у бідних країнах, спостерігалось непередбачуване погіршення епідемічної ситуації. Цьому найбільше сприяли:

- соціально-економічна криза, зубожіння населення, незбалансоване харчування і ослаблений колективний імунітет, стреси, особливо у країнах постсоціалістичного табору, які почали перехід до капіталізації;
- ріст хіміорезистентності й ВІЛ-інфекції;
- міграція, в т. ч. хворих на туберкульоз та багато інших причин [303].

На хвилі суспільного резонансу стосовно пандемії гострої респіраторної хвороби, яку спричинює коронавірус SARS-CoV-2 (далі - COVID-19) можемо порівняти кількість випадків інфікування в Україні на COVID-19 та ТБ за березень 2020 року.

Відповідно до даних ДУ «ЦГЗ МОЗ України» станом на 22:00 годину 31 березня в Україні 645 лабораторно підтверджених випадків COVID-19 ПЛР-дослідженням (полімеразно-ланцюговою реакцією). Усього зафіксовано 17 летальних випадків від COVID-19 в Україні. Загалом 10 людей вже одужали – повторне лабораторне дослідження не виявило вірусу в організмі [112].

У той же час недооцінена загроза інфікування ТБ.

У березні 2020 року в Україні зареєстровано 1977 випадків ТБ: 1640 нових випадків захворювання; 337 пацієнтів із рецидивом; 39 пацієнтів, які відновили лікування після перерви; 116 пацієнтів, які розпочали повторне лікування після невдалого; 57 інших випадків. Загалом у березні 2020 року від ТБ лікувалися 18 788 людей [273].

Відповідно, кількість нових випадків інфікування ТБ лише у березні, майже втричі більша, а ніж загальна кількість лабораторно підтверджених випадків COVID-19 станом на 31 березня 2020 року. Та, не дивлячись на прогнозований приріст випадків COVID-19, в свою чергу, належне реагування з боку державних органів, засобів масової інформації (далі – ЗМІ) та населення, на епідемію ТБ відсутнє. Тяжкість та поширеність хвороби недооцінена.

В якості *медичних особливостей* виникнення і поширення туберкульозної інфекції варто наголосити, що збудником є МБТ, яка була відкрита у 1882 році німецьким вченим Робертом Кохом.

Серед *соціально-фізіологічних особливостей* розповсюдження ТБ варто назвати найбільш «оптимальні середовища» для інфікування недугом.

Так, наприклад, є сприйнятливими до ТБ близько 55 видів тварин, риб та біля 25 видів птахів й поміж ними та людиною можливе перехресне зараження.

В якості *функціональних особливостей* поширення ТБ слід, на наш погляд, акцентувати увагу на шляхах зараження, інфікування недугом, а також стійкості МБТ до умов середовища, в яке вона потрапляє.

Так, вченими каліфорнійського університету Марком Нікасом, Вільямом У. Назаровим та Аленом Хаббардом було встановлено, що кашель і чхання інфікованою людиною можуть виділяти патогенні частинки діаметром менше 10 мкм, які легко можуть досягати альвеолярної області. Потрапивши у повітря, патогенні частки швидко зменшуються в діаметрі через втрату води до половини вихідних значень і при одному кашлі обсяг частинок з початковими діаметрами менше 20 мкм становить 6×10^{-8} мл. [8].

У медичній літературі містяться відомості, про те що унаслідок одного чихання у повітрі може опинитися до 40 000 таких крапель і кожна може переносити захворювання, адже необхідна кількість для інфікування ТБ дуже мала, а сам збудник ТБ є досить стійким до умов зовнішнього

середовища [126]. Там, де потрапили МБТ (органи дихання, харчовий канал, шкіра тощо) виникає туберкульозне запальне вогнище (первинний афект). Туберкульозне запалення розвивається і, водночас, у запальний процес залучаються довколишні лімфатичні судини, найближчі до вогнища запалення лімфатичні вузли [81; 176].

Серед *статистичних особливостей* ТБ варто наголосити на кількісних показниках поширення інфекції як в Україні, так і світі в цілому, що, звичайно ж, негативно впливає на здоров'я української нації та світового суспільства.

За даними ДУ «ЦГЗ МОЗ України», недосконала система звітності й недостатня діагностика випадків ТБ залишаються серйозною проблемою. Із 10 млн. людей, які захворіли на ТБ 2017 р., лише 6,4 млн. були офіційно зареєстровані національними системами звітності, тобто 3,6 млн. хворих лишилися недиагностованими або виявленими, але не повідомленими [56].

Невтішним є факт належності України до п'ятірки країн світу з найвищим показником мультирезистентного туберкульозу (далі - МРТБ). Протягом останніх років спостерігається зростання кількості випадків МРТБ з 3482 у 2009 р. до 7778 - у 2016 р. [100].

У 1995 р. в Україні зареєстрована епідемія туберкульозу. У 2001 р. прийнята Національна програма боротьби з туберкульозом згідно Указу Президента України № 643/2001 від 20 серпня 2001 р., де вказано на необхідність вивчення ефективності існуючих протитуберкульозних заходів (далі ПТЗ). Однак, на думку провідних фахівців у галузі пульмонології та фтизіатрії України, зокрема, Ю.І. Фещенко, В.М. Мельника, В.Г. Матусевича, Л.Ф. Антоненко, вивчення комплексу зазначених питань, передусім вивчення стану і динаміки епідеміологічної ситуації з ТБ в Україні, причин, що впливають на неї, проводилося недостатньо [302].

Внаслідок чого, відповідно до статистичних даних Державного закладу «Центр медичної статистики МОЗ України» загальна кількість хворих на ТБ, які знаходяться на обліку в ПТЗ системи МОЗ складала: у 2015 році – 33066

осіб, у 2016 р. – 34967 осіб, у 2017 р. – 32492 особи, у 2018 р. – 31242 особи та у 2019 р. – 29913 осіб [274] (див. Додаток «Б»).

Аналізуючи вказані показники, можна спостерігати деяке зменшення кількості осіб, що перебували та перебувають на обліку в ПТЗ системи Міністерства охорони здоров'я України (далі МОЗ). Відповідно у 2016 році, порівняно з 2015 роком, вказаний показник зменшився приблизно на 3 %; у 2017 р., порівняно з 2016 р. – зменшився приблизно на 7 %; у 2018 р. порівняно з 2017 р. – зменшився приблизно на 4 %; у 2019 р. порівняно з 2018 р. – зменшився також приблизно на 4 %.

Найбільшу загрозу становлять особи, які хворі на зазначений недуг, однак не перебувають на обліку в ПТЗ, не звертаються за медичною допомогою, а також особи, які порушують правила лікування та відповідні заборони, пов'язані з протиепідемічним режимом.

Дослідження питання виникнення, розповсюдження та інфікування ТБ, аналіз наукової, енциклопедичної та медичної літератури, думок вчених, дозволили нам виокремити критерії для класифікації цього небезпечного інфекційного захворювання:

1) за сферою розповсюдження збудника інфекції (Н.А. Литвиненко) ТБ поділяється: 1.1) у сфері професійної діяльності: лікаря – під час прийому хворого; охоронця – під час відбування покарання хворого у виправній установі; слідчого – під час проведення слідчих (розшукових) дій (далі - СРД) за участю особи, хворої на ТБ тощо [221, с. 115]; 1.2) у побуті [160];

2) за характером контакту з хворою на ТБ особою виділяємо: 2.1) безпосередній – при безпосередньому контакті з хворим; 2.2) опосередкований – при опосередкованому, наприклад, через предмети побуту, на яких залишається мокротиння, яке після висихання здатне інфікувати інших осіб;

3) за ситуацією (умовами), в якій опиняються оточуючі, ТБ буває: 3.1) очевидним – сама хвороба є очевидною; особа-носіє збудника інфекції відома, оточуючі мають уявлення про можливість зараження туберкульозом

(цю категорію осіб на законодавчому рівні віднесено до групи підвищеного ризику захворювання на туберкульоз); 3.2) неочевидним – зовнішні ознаки не дозволяють сприймати особу як носія туберкульозу;

4) за шляхом поширення інфікуючого контакту (В.М. Мельник) ТБ розрізняють: 4.1) прямий – поширення ТБ шляхом прямого контакту можливе при неохайності хворого, коли його руки забруднені мокротинням, наприклад, при рукостисканні, поцілунках тощо; 4.2) непрямий – контактнопобутовий шлях – відбувається при зіткненні людини із зараженим хворим одягом, білизною, рушником, посудом, зубною щіткою, носовою хусткою і т.п. [174];

5) за суб'єктом інфікування (який заражається сам) ТБ поділяється на такий, що виявлений у осіб, які: 5.1) безпосередньо контактують із заразними хворими; 5.2) жили у місцях, де ТБ є досі дуже поширеним, їздять до таких місць або приймають гостей з таких місць; 5.3) живуть в громадах етнічних меншин, що походять з місць, де ТБ дуже поширений; 5.4) мають ослаблену імунну систему ВІЛ-інфекцією або іншими медичними проблемами; 5.5) діти та літні люди, тому що їхня імунна система менш стійка; 5.6) мають поганий стан здоров'я і харчування через проблеми, пов'язані зі способом життя; 5.7) у поганих житлових умовах або переповнених помешканнях, зокрема, ті, хто живе у гуртожитках [292];

6) за об'єктом інфікування (органи в організмі людини) розрізняють ТБ: 6.1) легень; 6.2) кісток; 6.3) нирок; 6.4) очей; 6.5) шлунку; 6.6) кишківника; 6.7) заочеревинного простору; 6.8) жовчного міхура; 6.9) сечового міхура; 6.10) простати; 6.11) яєчок; 6.12) матки; 6.13) піхви; 6.14) лімфатичних вузлів; 6.15) молочних залоз тощо [295];

7) за стійкістю до умов середовища, в яке потрапляє МБТ (В.М. Мельник): 7.1) добре витримують нагрівання до 85°C і охолодження до мінус 200°C; 7.2) при температурі мінус 23°C МБТ зберігають життєздатність протягом 7 років, а прямі сонячні промені їх вбивають через 2-6 годин; 7.3) зберігаються у річній воді до 5 місяців; 7.4) у ґрунті – 1-2

роки; 7.5) у приміщеннях при розсіяному світлі – до 1,5 міс.; 7.6) у фекаліях і на пасовищах – до 1 року [176];

8) за способом передачі ТБ (М. Гриджук): 8.1) повітряно-крапельний шлях: при кашлі, чханні, розмові хворого на туберкульоз разом з частками його харкотиння; 8.2) повітряно-пиловий шлях: мокрота і слина осідають на предметах, висихають і перетворюються в інфікований пил; 8.3) аліментарний шлях: при вживанні продуктів, забруднених інфікованою мокротою, а також при використанні молока (масла, вершків та сиру на його основі), отриманого від хворих корів; 8.4) контактний шлях: під час доїння хворих корів можливе проникнення мікобактерій через пошкоджену шкіру рук, при розтині трупів осіб, що страждали на ТБ; 8.5) внутрішньоутробне зараження [68];

9) за способом потрапляння МБТ в організм людини (В.М. Мельник): 9.1) при вживанні заражених продуктів харчування, зокрема сирого молока, погано провареного м'яса від хворих на туберкульоз тварин; 9.2) разнощиками туберкульозу можуть бути мухи, таргани, деякі кліщі; 9.3) при поцілунках, допалюванні чужих цигарок; 9.4) через книжки; 9.5) через пошкоджену шкіру; 9.6) при вдиханні заповненого повітря тощо [174];

10) за шляхами виділення з організму хворої на туберкульоз людини (В.М. Мельник): 10.1) разом з харкотинням; 10.2) з калом; 10.3) із сечею чи спермою; 10.4) із менструальними виділеннями; 10.5) з молоком; 10.6) із сльозами; 10.7) з виразок, нориць; 10.8) у тварини із харкотинням, слиною, фекаліями, сечею; 10.9) при споживанні заражених м'ясо-молочних продуктів [174];

11) за видами, тобто в залежності від патогенних властивостей жити, розмножуватись і викликати в тканинах організму специфічні структурні реакції: 11.1) МБТ людського виду; 11.2) бичачого виду; 11.3) африканського виду; 11.4) пташиного виду; 11.5) рибного виду [174; 82].

Окрім того, час, коли особа дізнається про хворобу може коливатись від декількох годин до декількох місяців, років тощо. Саме останній фактор і відіграє вирішальну роль у боротьбі з недугом. Адже оперативність розпочатого лікування значно підвищує ймовірність повного одужання. Захворіти на ТБ може будь-хто, але особливого ризику зазнають ті, хто має тривалий контакт з МБТ, та ті, хто менш здатний боротися з латентною інфекцією.

Так, відповідно до п. 2.9 Переліку осіб, віднесених до груп підвищеного ризику захворювання на туберкульоз, затвердженого Наказом МОЗ України 15.05.2014 № 327, зазначені такі групи населення:

- ВІЛ-інфіковані особи.
- Особи, які контактують з хворими на ТБ (сімейні чи професійні контакти).
- Особи із захворюваннями, що призводять до послаблення імунітету.
- Курці, особи, що зловживають алкоголем чи вживають наркотики.
- Іммігранти та біженці з регіонів з високою захворюваністю на ТБ.
- Особи, що перебувають за межею бідності, безробітні.
- Особи без визначеного місця проживання.
- Пацієнти психіатричних закладів.
- Затримані та особи, які перебувають під вартою при відправленні їх до ізоляторів тимчасового тримання, особи, які утримуються або звільнилися з установ виконання покарань, а також особи, щодо яких встановлено адміністративний нагляд.
- Працівники пенітенціарних установ, психіатричних закладів та працівники закладів охорони здоров'я, які мають часті контакти з хворими на ТБ особами, проводять відповідні дослідження та аналізи [204].

Важливо також, на нашу думку, володіти інформацією і про латентну форму ТБ, зокрема сутність, зміст, форми зараження та прояву тощо.

Латентна туберкульозна інфекція визначається як стан стійкої імунної відповіді на антигени МБТ, які потрапили в організм людини, за відсутності клінічних проявів активної форми ТБ [6].

Латентний ТБ присутній у третини населення світу – близько двох мільярдів людей. У невеликій кількості випадків навколо інфекції будується захисний бар'єр, і МБТ не гинуть та перебувають у «сплячому» стані. Якщо імунна система не може побудувати захисний бар'єр або бар'єр згодом руйнується, латентний ТБ може поширитися у легені чи у лімфатичні вузли в грудній клітині (внутрішньогрудних лімфатичних вузлів) або розвинутися в іншій частині (частинах) організму (позалегеневої ТБ) [292]. Встановлено, що латентний ТБ виявлено у 51,0-54,0% контактних осіб [3; 10; 13; 178].

Латентний ТБ може перейти в активну форму на пізнішому етапі, особливо при послабленій імунній системі.

Проаналізувавши сутність та причини виникнення інфікування ТБ, пропонуємо з'ясувати фактори, що впливають на розповсюдження цього недугу. Це необхідно для формування комплексу ефективних заходів, спрямованих на протидію та профілактику його виникнення і розповсюдження.

МОЗ України в якості факторів, що впливають на передачу та інфікування ТБ, виділено:

- 1) повітря закритого приміщення з інфекційним аерозолем, що є більшим ризиком інфікування, ніж тісний контакт з хворим. Вірулентність МБТ в аерозолі зберігається протягом 6 годин. Ризик зараження ТБ залежить від тривалості контакту із хворим, який виділяє МБТ, вірулентності МБТ, концентрації інфекційного аерозолу в повітрі та стану захисних сил організму;

- 2) заразність джерела збудника інфекції, що залежить від: виділення мокротиння (бактеріовиділення виявляється методом мікроскопії мазка мокротиння або методом посіву на поживні середовища); частоти та сили кашлю; наявності каверн у легенях; кількості та вірулентності МБТ;

призначення процедур стимуляції кашлю та виділення мокротиння; своєчасності призначення хіміотерапії як єдиного та найважливішого фактора зниження заразності;

3) інфікуючу дозу, що для зараження визначається: 3.1) кількістю інфекційного аерозолу, що потрапила до легень; 3.2) повторними інгаляціями інфекційного аерозолу та проникнення МБТ в легені; 3.3) вірулентністю МБТ; 3.4) сприйнятливостю організму особи, що контактує із хворим на туберкульоз;

4) несприятливу професійну чи побутову ситуацію [242].

Крім цього, МОЗ України наголошує, що, необхідними для зараження і можливості захворіти є 3 компоненти епідемічного процесу:

- 1) джерело або резервуар туберкульозної інфекції;
- 2) механізм передачі туберкульозної інфекції;
- 3) сприйнятливість організму людини чи тварини до туберкульозної інфекції [294].

Пропонуємо більш детально проаналізувати кожен із зазначених елементів (компонентів) структури «зараження туберкульозом».

Джерело (ТБ) від хворого поширюється повітряно-крапельним (при кашлі, чханні, розмові) та пиловим способом (засохлі крапельки мокротиння перетворюються в інфікований пил, який є на підлозі, предметах, в повітрі). Більшість контактних осіб починають хворіти на туберкульоз в перші 6-12 міс. від початку контакту, хоча частина членів родини можуть захворіти й через 9-12 років спільного проживання з хворим [294; 174].

Наступним елементом в структурі «зараження ТБ» є механізм передачі туберкульозної інфекції.

МОЗ України наголошує, що МБТ можуть потрапляти в організм різними шляхами, при цьому виділяє наступні:

- 1) аерогенний
- 2) ентєральний;
- 3) через пошкоджену шкіру, слизові оболонки, плаценту [242].

Наступним елементом структури «зараження ТБ» є сприйнятливість організму людини чи тварини до ТБ інфекції.

ТБ розвивається тоді, коли у людини знижений імунітет внаслідок тривалого стресу, депресії, виразкової хвороби, цукрового діабету, захворювань щитовидної залози, недостатнього харчування, поганих житлових умов, виснажливої праці тощо [175].

Крім того, ряд науковців, зокрема, Н.А. Гріцова, Г.Т. Хаудамова, Ю.М. Нечитайло, Н.Є. Казімірова та ін. наголошують, що серед розмаїття факторів ризику розвитку ТБ неабияке значення мають екологічні – насамперед забруднення довкілля промисловими викидами [69]. Важко не погодитись із такою аргументацією. Тим паче, вказане підтверджується дослідженням, проведеним вченими інституту ім. Лола Лінда, відповідно до якого у м. Лаосі, на кожне додаткове джерело забруднення повітря ймовірність захворювання на туберкульоз зростає на 47 %. Розглянуті у дослідженні джерела забруднення повітря включали в себе вплив копченого тютюну, вторинного тютюнового диму, а також диму від пожеж всередині приміщень, спалювання відходів рослинного походження і спалювання сміття на вулиці [12].

З'ясувавши фактори, які впливають на інфікування ТБ, дослідивши шляхи зараження та компоненти епідемічного процесу, варто, на наш погляд, зосередити увагу на профілактичних заходах протидії ТБ.

Як зазначають Ю.І. Фещенко, В.Г. Матусевич, основними заходами, здатними попередити поширення ТБ, є: організація раннього виявлення хворих, імунізація дитячого населення, ізоляція бактеріовиділювачів в спеціалізовані протитуберкульозні стаціонари і їх ефективне лікування, проведення протиепідемічних заходів в епідемічних вогнищах ТБ за місцем проживання або роботи хворого. Раннє і своєчасне виявлення хворих на ТБ є необхідною умовою для швидкого і повноцінного їх лікування, а також має вирішальне значення для попередження поширення інфекції, оскільки хворі із запущеним ТБ легенів небезпечні в епідемічному відношенні [301].

Незважаючи на досить обґрунтовані думки вчених, що висловлені вище стосовно заходів протидії ТБ, вважаємо що такого роду заходи-перестороги повинні мати законодавче закріплення або, хоча б, підзаконне підґрунтя.

Так, протягом усього терміну своєї незалежності, в Україні було видано низку нормативно-правових актів та розроблено концепції, стратегії покликані на подолання епідемії ТБ. Зокрема, слід перелічити такі нормативно-правові акти, як: ЗУ «Про протидію захворюванню на туберкульоз», ЗУ «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», ЗУ «Про захист населення від інфекційних хвороб», інших нормативно-правових актів, прийнятих відповідно до них.

Однак, на жаль, сьогодні цього замало, що підтверджується невтішною статистикою щодо кількості захворюваних на ТБ в Україні. Ще гірша статистика стосується порівняння кількості одужаних та померлих від цього недугу.

В предмет нашого дослідження, окрім ТБ, входить ВІЛ/СНІД, на аналізі сутності, особливостей виникнення та способів розповсюдження якого вважаємо необхідним зосереджити свою увагу.

В якості *історичних особливостей* виникнення і поширення ВІЛ/СНІД слід констатувати, що рівень «зараження» населення не пов'язаний із відсталістю економічного розвитку держави. Навпаки, у більш розвинених країнах високий «ритм життя» ставить перед суспільством чимало психологічних та емоційних бар'єрів, що негативно впливають на здоров'я нації в цілому.

Так, дві третини ВІЛ-інфікованих живуть в Африці; ВІЛ швидко поширюється також в інших державах світу. За даними 2006–2007 рр. до десяти держав з найбільшою кількістю ВІЛ-інфікованих людей увійшли: Індія (6,5 млн), ПАР (5,5 млн), Ефіопія (4,1 млн), Нігерія (3,6 млн), Мозамбик (1,8 млн), Кенія (1,7 млн), Зімбабве (1,7 млн), США (1,3 млн), Російська Федерація (1 млн) і Китай (1 млн). Африка на південь від Сахари залишається найбільш ураженим регіоном: тут проживають 67% усіх людей,

які живуть з ВІЛ (24,7–27,7 млн), і зареєстровано 91% усіх нових випадків інфекції серед дітей [106]. Незважаючи на багаторічне впровадження профілактичних, діагностичних, клінічних та інших заходів протидії епідемії ВІЛ-інфекції, проблема ВІЛ/СНІДу сьогодні є однією з найважливіших у світі, зокрема і в Україні [57, с. 4].

Серед *медичних особливостей* виникнення і поширення ВІЛ/СНІД слід зазначити, що у сучасному середовищі нас оточує безліч явищ і факторів, що негативно впливають на імунну систему нашого організму.

Звертаючи увагу до появи ВІЛ-інфекції в організмі людини, І.Ф. Ільїнська наголошує, що імунна недостатність може бути первинною (уродженою) і набутою (вторинною). Будь-яка інфекція (гостра чи хронічна) – вірусна, бактеріальна чи грибкова – виснажує захисний потенціал людини і спричиняє імунну недостатність. Нині найбільш відомою за своєю фатальністю для імунітету є ВІЛ-інфекція. Пригнічення імунітету відбувається внаслідок поганого харчування, дії токсичних речовин та радіоактивного опромінення, застосування деяких гормональних засобів та антибіотиків, алкоголю та наркотиків, а також при тривалому стресі [101].

В якості *функціональних особливостей* передачі/поширення ВІЛ/СНІД варто акцентувати увагу на механізмі розповсюдження цієї інфекції.

Відомо, що на гостру стресову ситуацію нервова система реагує рідким виділенням різноманітних біологічно активних речовин (адреналіну, ендоморфінів та інших), які стимулюють клітини, що здійснюють імунологічні реакції. Їх активація раз по раз при тривалому стресі призводить до виснаження резервних можливостей клітин імунного захисту, до їх функціональної неспроможності. Цю імунну недостатність можна назвати психогенною. Можливо саме тому серед пацієнтів фтизіатричних установ зустрічаються не тільки хворі на СНІД, наркоманію та алкоголізм, особи з сімейних туберкульозних вогнищ, жебраки та безробітні, але й вчителі, лікарі, інженери, артисти, бізнесмени. І таких дедалі стає все більше [101]. Із

цього слідує, що причини зниження імунітету організму людини можуть бути різноманітними.

Статистичні особливості ВІЛ/СНІД є невтішними і характеризуються наступними даними.

Так, відповідно до статистичних даних ДУ «ЦГЗ МОЗ України» за період 1987- квітень 2020 рр. в Україні офіційно зареєстровано 357 215 випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України, у тому числі 121 056 випадків захворювання на СНІД та 52 686 випадків смерті від захворювань, зумовлених СНІДом [195].

Заслуговує на увагу й тенденція до збільшення кількості по усіх контрольних показниках: зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб, яких узято під нагляд вперше; захворювання на СНІД та випадків смерті від захворювань, зумовлених СНІДом за період з січня 2015 року по грудень 2018 року (за даними ДУ «ЦГЗ МОЗ України»).

Так, у 2015 р. зареєстровано 15 808 ВІЛ-інфікованих осіб, яких узято під нагляд вперше, у 2016 р. – 17 064, у 2017 р. – 18197, у 2018 р. – 18099 осіб. Захворіли на СНІД у 2015 р. – 8490 осіб, у 2016 р. – 8841 особа, у 2017 р. – 9306 осіб, у 2018 р. – 8839 осіб. Щороку збільшувалась кількість випадків смерті від захворювань, зумовлених СНІДом. Відповідно зареєстровано: 2015 р. – 2935; 2016 р. – 3249; 2017 р. – 3313; 2018 р. – 3448 осіб.

У 2019 р. спостерігається зменшення кількості по усіх контрольних показниках порівняно з періодом 2016-2018 рр., однак, кількісні показники все одно залишаються більшими, ніж у 2015 р.. Так, у 2019 р. маємо: 16257 випадків вперше виявленої ВІЛ-інфекції; 7502 випадки СНІДу та 2979 смертей, зумовлених СНІДом.

Стосовно статистичних даних за період з січня по квітень 2020 р., маємо наступні показники: за чотири звітні місяці зареєстровано 5256 випадків ВІЛ-інфекції, 1501 випадок СНІДу та 733 випадків смерті від захворювань, зумовлених СНІДом (див. Додаток «В»).

Лише у березні 2020 року в Україні офіційно зареєстровано 1 349 нових випадків ВІЛ-інфекції, у 403 пацієнтів діагностовано СНІД, а 214 людей померли від СНІДу [273].

Особлива небезпека зараження ВІЛ/СНІДом стосується осіб, віднесених до груп підвищеного ризику. Чинним законодавством України визначено перелік груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ/СНІДом.

Так, відповідно до Наказу Міністерства охорони здоров'я України від 08.02.2013 № 104 до груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ належать: споживачі ін'єкційних наркотиків; особи, які надають сексуальні послуги за винагороду; чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками; статеві партнери споживачів ін'єкційних наркотиків; клієнти осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду; статеві партнери чоловіків, які практикують секс з чоловіками [153].

Вивчення наукової, енциклопедичної та медичної літератури дозволило виокремити критерії для класифікації захворювання на ВІЛ/СНІД, зокрема:

1) за природою появи: 1.1) первинна (вроджена); 1.2) вторинна (набута);

2) за способом інфікування (І.Ф. Ільїнська): 2.1) вертикальний (від матері до дитини): трансплацентарно під час вагітності, під час пологів, при грудному вигодовуванні; 2.2) трансплантація органів і тканин: пересадка, підсадка, переливання, інфузії, ін'єкції, поранення, укол, контакт зі слизовими оболонками; 2.3) статевий контакт із пенетрацією: анальний, вагінальний, оральний [103];

3) за об'єктом найбільш ймовірного зараження: 3.1) клієнти осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду; 3.2) споживачі ін'єкційних наркотиків; 3.3) їх статеві партнери; 3.4) чоловіки, що мають сексуальні стосунки з чоловіками; 3.5) їх статеві партнери;

4) за шляхами передачі ВІЛ/СНІД: 4.1) через кров: при потраплянні крові чи інших біологічних рідин, що містять кров від ВІЛ-інфікованої особи до здорової людини; 4.2) під час незахищених статевих стосунків, незалежно

від того чи це вагінальний, оральний чи анальний секс; 4.3) під час вагітності, пологів та годування груддю [319].

Проаналізувавши історичні, медичні, функціональні та статистичні особливості виникнення та поширення ВІЛ/СНІД, з'ясувавши групи ризику, систематизувавши види інфікування, доречно і необхідно акцентувати увагу на заходах профілактики та протидії ВІЛ/СНІД.

Профілактика, яка спрямована на шляхи та фактори передачі, як наголошує І.Ф. Ільїнська, повинна полягати у виключенні ризикованих ситуацій (або зменшенні їх частоти) та знешкодженні збудника в тому біологічному матеріалі, з яким він звичайно передається [102].

Крім цих рекомендацій, на наш погляд, заходи-перестороги повинні мати також і законодавче підґрунтя. Тобто держава не повинна бути осторонь цієї проблеми і має гнучко реагувати на зміни в епідемічній ситуації в країні.

Як самостійно, на підставі наукової та практичної діяльності науковців та працівників медичної сфери, так і за співпраці з міжнародними організаціями, зокрема ВООЗ, державою формуються законодавчі нормативно-правові акти, стратегії та рекомендації, що покликані впливати на мінімізацію нових випадків інфікування суспільно-небезпечними хворобами, покращення ефективності лікування, зменшення смертності тощо.

Крім того, попередження інфекційних хвороб і контроль над ними, зокрема щодо ВІЛ-інфекції/СНІДу, передбачені Угодою про асоціацію між Україною та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами (відповідно до статті 427 глави 22 «Громадське здоров'я» розділу V «Економічне та галузеве співробітництво» Угоди) та зобов'язаннями держави перед Глобальним Фондом по боротьбі зі СНІДом, ТБ та малярією [246].

Але, незважаючи на багаторічне впровадження профілактичних, діагностичних, клінічних та інших заходів протидії епідемії ВІЛ, а також величезну кількість нормативно-правових актів, проблема стрімкого

розповсюдження ВІЛ/СНІД в Україні залишається гострою, про що свідчить офіційна статистика.

Таким чином, підсумовуючи все вище викладене у підрозділі, слід зазначити, що упродовж останніх років в Україні продовжують поширюватись випадки інфікування такими небезпечними для життя людини хворобами як ВІЛ/СНІД та ТБ. Хоча, по деяким показникам можливо спостерігати певну стабілізацію показників захворюваності та смертності від вказаних хвороб, однак, епідемічна ситуація на сьогоднішній день залишається невтішною [230, с. 101]. Крім того, навіть володіючи інформацією про ризик інфікування, громадяни часто свідомо порушують правила безпеки, санітарно-епідеміологічного контролю та нехтують профілактичними заходами. Здебільшого це пов'язане з наявною у нашому суспільстві стигмою стосовно ВІЛ-інфікованих та хворих на ТБ осіб, відповідно до якої, переважна більшість населення вважає, що перелічені хвороби загрожують лише «неблагополучному» контингенту населення. Тим самим зростає ризик зараження та небезпека захворіти не лише особи, яка недбало ставиться до можливості інфікування, але і оточуючих осіб.

Захворюваність на ТБ та ВІЛ-інфекцією є викликом і загрозою існування людства. Обізнаність про природу, чинники, фактори їх виникнення та заходи протидії й профілактики значно зменшують поширюваність цих недугів. Нами наголошено, що незважаючи на нормативну регламентацію зазначених питань (законодавче визначення і закріплення), невтішна статистика смертності від ТБ та ВІЛ-інфекції свідчить про необхідність звернення особливої уваги до цієї проблематики, її додаткового державного та суспільного врегулювання та вирішення.

1.2. Вплив поінформованості працівників поліції щодо захворювання на заразний туберкульоз та/або ВІЛ/СНІД учасника кримінального провадження на характер діяльності з організації розслідування

Відповідно до ст. 3 Конституції України: людина, її життя і здоров'я, визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю. В більшості випадків життя та здоров'я людини залежить саме від неї самої, від її обізнаності стосовно правильного способу життя, правил поведінки та профілактики різноманітних захворювань. Нехтування особистою безпекою та відсутність знань щодо поширення хвороб нерідко призводить до настання травм, втрати працездатності та летальних випадків.

На теперішній час стан обізнаності людей стосовно способів інфікування такими небезпечними для життя хворобами як ВІЛ/СНІД та ТБ є незадовільним, що підвищує ризик зараження ними. Не є виключенням і працівники правоохоронних органів.

Аналіз проведеного анкетування серед працівників поліції у Дніпропетровській, Запорізькій, Кіровоградській та Харківській областях свідчить про недосконале знання ними шляхів інфікування на ВІЛ та ТБ.

На запитання щодо поінформованості про способи передачі ВІЛ та ТБ позитивну відповідь надали лише 81 % опитаних. Проанкетовані співробітники поліції виявили свою поінформованість стосовно шляхів передачі ТБ: повітряно-крапельним шляхом – 100 % респондентів; внутрішньоутробне зараження – 98 %; повітряно-пиловим – 65 %; контактним шлях – 43 %; аліментарним – 27 %.

Стосовно способів інфікування ВІЛ-інфекцією, показники анкетування були кардинально іншими. Якщо у випадку з туберкульозом ми спостерігали нехтування досить поширеними шляхами інфікування, то в даному випадку отримали відповіді, що вказують на пересторогу. Всі опитані працівники Національної поліції поінформовані, що ВІЛ потрапляє в організм людини

через кров: наприклад під час трансплантації органів і тканин (пересадки, підсадки, переливання, інфузії, ін'єкції, поранення), а також статевим шляхом: анальним, вагінальним, оральним та стосовно можливості передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини: під час вагітності, під час пологів, при грудному вигодовуванні.

Однак, проанкетованими працівниками поліції помилково визначається можливість інфікування під час поцілунків (35 %); при тісному контакті (потискання рук, обійми) та при користуванні спільними речами: посудом, книжками, верхнім одягом, меблевим гарнітуром, поручнями тощо (29%); під час спільного відвідування лазні та сауни (14 %); через укуси комах (комарів, кліщів тощо) – (8 %).

У той же час, заходів безпеки, з урахуванням можливих способів інфікування додержуються, на думку проанкетованих працівників поліції, лише 67 %.

Як підсумок проведеного анкетування, можемо стверджувати, що недосконалий рівень знань стосовно шляхів передачі ТБ серед працівників Національної поліції України слугує каталізатором поширення випадків інфікування особового складу та може призвести до нехтування заходами безпеки, внаслідок чого, не буде належним чином організовано та забезпечено виконання службових обов'язків, що може призвести до зараження на небезпеку інших осіб. Слід також наголосити, що надмірна пересторога стосовно шляхів передачі ВІЛ-інфекції може слугувати приводом для стигматизації інфікованого учасника кримінального провадження.

Окремі аспекти проблем інфікування ВІЛ/СНІДом, ТБ та іншими соціально-небезпечними хворобами, працівників правоохоронних органів, у науковому, соціальному та медичному плані, висвітлювали такі вітчизняні вчені як О.М. Балакірева, С.М. Бортнік, Т.Ю. Висоцька, В.В. Волинець, О.Ф. Гіда, В.А. Глуховеря, І.О. Гончарова, В.Г. Грибан, О.А. Гузьман, О.М. Джужа, С.П. Домбровський, В.Г. Дрозд, Д.Г. Казначєєв, Ю.В. Кобикова,

С.М. Корецький, І.В. Кузін, О.І. Логвиненко, Г.І. Мавров, Р.В. Миронюк, О.В. Негодченко, Н.Ф. Недоступ, Г.І. Піщенко, Н.М. Прокопенко, Р.Г. Процюк, Т.В. Семігіна, О.В. Стрільців, Р.В. Тарасенко, Б.Б. Шаповалов, А.М. Щербінська, В.В. Юсупов та інші. Однак, поза увагою науковців залишається питання комплексного дослідження інфікування ВІЛ/СНІДом та ТБ працівників правоохоронних органів під час виконання ними своїх службових обов'язків та здійснення досудового розслідування кримінальних проваджень.

Науковці тривалий час позиціонують працівників поліції як осіб, віднесених до груп підвищеного ризику інфікування суспільно-небезпечними хворобами, зокрема ТБ дихальних шляхів та ВІЛ.

Говорячи про ризик інфікування ВІЛ, Ю.В. Кобикова зазначає, що працівники ОВС, безпосередньо залучені в роботу з населенням, самі належать до групи, чий ризик ВІЛ-інфікування пов'язаний із професією, за родом своєї діяльності вони безпосередньо пов'язані з найуразливішими до інфікування соціально небезпечними інфекціями групами населення [114, с. 94].

Так само, Н.М. Прокопенко та В.В. Волинець стверджують про необхідність віднесення працівників правоохоронних органів до груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ/СНІДом мотивуючи це підвищеною можливістю інфікуватися ВІЛ при виконанні професійних обов'язків [247].

Про необхідність позиціонування працівників поліції як суб'єктів груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ/СНІД наголошують і О.М. Джужа, О.Ф. Гіда, М.Ф. Недоступ, Г.І. Піщенко, С.М. Корецький, адже ті ж самі споживачі ін'єкційних наркотиків, особи, які надають сексуальні послуги за винагороду, статеві партнери споживачів ін'єкційних наркотиків досить часто потрапляють у поле зору працівників Національної поліції під час проведення оперативно-розшукової та кримінально-процесуальної діяльності [76, с. 207-215].

Ми підтримуємо висловлені вище позиції вчених щодо необхідності віднесення працівників поліції до груп підвищеного ризику інфікування на ТБ. Крім цього, хочемо зазначити, що наша позиція ґрунтується на підставі аналізу законодавства України, а саме Критеріїв віднесення певної категорії осіб до групи підвищеного ризику захворювання на ТБ, затверджених Наказом Міністерства охорони здоров'я України № 327 від 15.05.2014 р..

Так, відповідний нормативно-правовий акт містить 5 показників (критеріїв) віднесення осіб до груп підвищеного ризику інфікування ТБ:

- 1) перебування в місцях позбавлення волі;
- 2) форми поведінки: 2.1) зловживання алкоголем; 2.2) куріння (сигарет, кальяну); 2.3) бродяжництво; 2.4) вживання наркотичних та психотропних засобів;
- 3) фізичний стан: 3.1) ВІЛ-інфекція, СНІД; 3.2) хронічні, професійні та інші захворювання легень, шлунково-кишкового тракту, цукровий діабет, онкологічні або інші захворювання, що призводять до зниження імунітету; 3.3) імунодефіцитні стани, прийом препаратів з імунодепресивною дією; 3.4) виснаження організму;
- 4) психофізіологічний стан: 4.1) психічні захворювання; 4.2) глибокий стрес; 4.3) залежність від наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів;
- 5) умови праці: 5.1) недотримання вимог інфекційного контролю у протитуберкульозних та інших закладах охорони здоров'я, де надаються послуги хворим на туберкульоз; 5.2) контакти з хворими на туберкульоз людьми та тваринами [154].

Стосовно кожного критерію можливо побачити «відлуння у роботі» працівників поліції. Так, розглядаючи перебування в місцях позбавлення волі, варто зазначити, що у ряді випадків, працівники поліції проводять СРД, наприклад, допит підозрюваного/свідка у приміщенні місць утримання засуджених, тобто у місцях позбавлення волі. Також, відвідування вказаних закладів можливе під час несення служби працівником Національної поліції

у складі конвою, для доставлення особи, що перебуває у місцях позбавлення волі до місця проведення СРД, судової установи для обрання запобіжного заходу тощо.

Стосовно форми поведінки, варто зазначити, що більшість з працівників поліції досить часто вживають алкоголь та мають шкідливу звичку у вигляді паління. Відповідно, під час аналізу проведеного нами анкетування працівників поліції, було встановлено, що 97 % опитаних мають шкідливі звички. З них 81 % палять та вживають алкогольні напої. 19 % зазначили, що вони не палять (з них 16 % лише вживають алкогольні напої) та ще 3 % взагалі не вживають алкоголь. У свою чергу 81 % курців, зазначили, що палять щодня. Серед працівників, що вживають алкогольні та слабоалкогольні напої було отримано відомості стосовно частоти вживання алкоголю, а саме: щодня (6 %); 2-3 рази на тиждень (77 %); близько 1 разу на місяць (14 %).

Наявні у працівників поліції такі явища, як виснаження організму та імудодефіцитні стани, здебільшого, пов'язані із ненормованим робочим графіком несення служби, незбалансованим та нерегулярним харчуванням, порушеним графіком сну, а також хронічною втомою та глибоким стресом.

Наявний і останній критерій – контакт з хворими на ТБ людьми.

З цього приводу, слушною є думка О.М. Стрільців, який зазначає, що у працівників підрозділів Національної поліції, під час проведення досудового розслідування та виконання службових обов'язків ... можливе поранення шкіри або слизових оболонок використаними голками від шприців та іншими гострими предметами або попадання крові чи інших біологічних рідин на слизові оболонки очей, рота і носа, або на пошкоджену чи запалену шкіру [278, с. 9].

Слід перерахувати, на наш погляд, ряд випадків, т.з. професійних, під час яких можливе зараження працівників поліції на туберкульоз, серед яких, зокрема наступні:

1) проведення СРД: 1.1) огляд та обшук, де можливе поранення шкіри або слизових оболонок використаними голками від шприців та іншими гострими предметами, або попадання крові чи інших біологічних рідин на слизові оболонки очей, рота і носа, або на пошкоджену чи запалену шкіру, а також дії, пов'язані із спілкуванням з людьми присутніми в ході проведення обшуку/огляду та доторканням до предметів побуту, виявлених та вилучених речових доказів; 1.2) допит/одночасний допит, пред'явлення особи (речей, трупу) для впізнання, слідчий експеримент, де працівник поліції безпосередньо спілкується із допитуваною особою, надає особам особисті канцелярські приладдя, демонструє (передає з рук в руки) певні речові докази; 1.3) освідчування особи, під час проведення якого можливе наближення до особи та дотик до різних частин тіла та/або слизових оболонок; 1.4) отримання зразків для дослідження, зокрема біологічних (кров, слина, сперма тощо);

2) застосування заходів забезпечення кримінального провадження, таких як: 2.1) тимчасовий доступ до речей та документів/ тимчасове вилучення майна, під час проведення яких відбувається не лише безпосередній контакт з учасниками кримінального провадження та сторонніми особами, з можливим виникненням конфліктних ситуацій, а також огляд та торкання до речей та документів; 2.2) затримання осіб, що може супроводжуватися потраплянням крові затриманого на ушкоджені частини шкіри та слизові оболонки правоохоронця (наприклад, внаслідок поранення гострими предметами, укусів, використання затримуваним крові та біологічних рідин для навмисного забруднення шкіри та слизових оболонок);

3) надання домедичної допомоги.

Наголошуємо, що віднесення працівників поліції до груп підвищеного ризику інфікування на ТБ сприяло б, на наш погляд, отриманню відповідних гарантій та стимулювало б працівників до більш поглибленого вивчення

особливостей вказаного захворювання та дотримання заходів, спрямованих на уникнення/мінімізацію ризиків захворіти.

Дискусійним є твердження науковців, які наголошують на необхідності віднесення працівників поліції до груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ (Ю.В. Кобикова, В.В. Волинець, Н.М. Прокопенко).

Працівники поліції, під час виконання своїх службових обов'язків, лише контактують з інфікованими ВІЛ та хворими на СНІД особами, а також особами, віднесеними до груп підвищеного ризику. При цьому, розуміючи способи інфікування та, дотримуючись правил особистого інфекційного захисту, вони можуть уникнути ризику інфікування ВІЛ. Ми наголошуємо, що лише усвідомлення ризику обумовлює необхідність застосування специфічних заходів, щоб мінімізувати ризик зараження, однак жоден захід його на 100% не гарантує.

Можемо навести ряд практичних випадків, під час виконання яких можливе зараження працівників поліції ВІЛ/СНІДом, що, у свою чергу, може сприяти акцентуванню заходів особистої безпеки поліцейським під час цих професійних ситуацій, зокрема:

- при контакті з біологічними рідинами ВІЛ інфікованої особи: в ході виявлення, вилучення та транспортування речових доказів, що містять на собі кров та біологічні рідини з домішками крові, особливо якщо це гострі предмети (використані голки, ножі тощо);

- під час надання долікарської допомоги постраждалим та/або правопорушнику тощо;

- у разі поранення шкіри та/або слизових оболонок під час проведення огляду, обшуку тощо;

- у разі отримання тілесних ушкоджень, що можливе, зокрема, при нападі на правоохоронця під час здійснення ним заходів з охорони громадського порядку, затримання правопорушника з подоланням фізичного опору або конвоювання затриманої особи.

– при попаданні крові або іншої біологічної рідини ВІЛ-інфікованої особи на слизову оболонку очей, порожнини рота і носа або на відкриту пошкоджену чи запалену ділянку шкіри правоохоронця, що можливо при проведенні майже кожної СРД.

Таким чином, можемо резюмувати, що хоча працівники поліції не підпадають під критерії віднесення до груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ, спектр практичних випадків, за яких можливий парентеральний шлях зараження досить широкий. Віднесення працівників поліції до груп підвищеного ризику інфікування на ВІЛ сприяло б, по-перше, отриманню ними відповідних державних та соціальних гарантій, а по-друге, слугувало б стимулом для поглибленого вивчення особливостей вказаного захворювання, способів інфікування та ПКП. Відповідно, покращились би показники дотримання працівниками заходів індивідуального інфекційного контролю.

Перелічені вище можливі випадки зараження працівників правоохоронних органів як ВІЛ/СНІДом, так і ТБ значною мірою можуть бути пов'язані із недотриманням ними універсального принципу перестороги, що передусім означає усвідомлення того, що всі особи та біологічні рідини – є потенційно інфікованими. Крім того, гострою проблемою залишається відсутність матеріально-технічного забезпечення працівників засобами особистого захисту у вигляді гумових рукавичок, персональних корпускулярних респіраторів, халатів, пов'язок та ін. (що також може бути пов'язано із відсутністю нормативних положень щодо гарантій поліцейської діяльності стосовно необхідності їх видачі працівникам) та відсутність достатньої роз'яснювально-профілактичної роботи з особовим складом [223, с. 69].

Не менш важливим є внутрішнє усвідомлення працівником поліції необхідності використання засобів індивідуального інфекційного захисту під час виконання службових обов'язків.

Внаслідок визнання ВООЗ епідемії коронавірусу COVID-19 пандемією, та загрозою подальшого розповсюдження захворювання по території

України, Наказом Національної поліції України № 220 від 17.03.2020 року, особовий склад структурних підрозділів Національної поліції України було переведено на посилений варіант несення служби. Крім того, прямої вказівки набуло використання засобів захисту (медичних масок, респіраторів, рукавичок) під час несення служби. Однак значна частина працівників поліції ними не користуються, або користуються із порушенням. Відповідно, маски: не закривають належним чином ніс та рот працівника, а, зазвичай, знаходяться нижче перенісся, або під підборіддям; не змінюються з частотою 3 години, а часто використовуються по декілька днів; рукавички: переважно взагалі не використовуються.

Слід констатувати, що недостатньою є і нормативно-правова база щодо заходів безпеки працівників поліції при роботі з особами, що мають ВІЛ/СНІД та хворими на туберкульоз. Діяльність МВС України не є системною та послідовною у цьому аспекті.

Хоча, необхідно відзначити, що спроби врегулювати нормативно це питання були зроблені ще у 2003 році, коли МВС України було видано вказівку «Про організацію роботи з попередження ВІЛ/СНІД» [243], з вимогою активізувати інформаційно-просвітницьку роботу з профілактики ВІЛ/СНІДу серед працівників міліції.

У 2016 році було розроблено План заходів МВС з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу серед особового складу структурних підрозділів Національної поліції України та військовослужбовців Національної гвардії України у 2015-2018 роках. Однак сьогодні вже 2021 рік, і зазначений план заходів, на жаль, не був реалізований в повному обсязі і не знайшов свого продовження, не кажучи вже про вказівку 2003 року «Про організацію роботи з попередження ВІЛ/СНІД».

Про актуальність поліцейської діяльності в аспекті можливого впливу на її характер інфекційних захворювань, таких як ВІЛ/СНІД та ТБ, свідчить невтішна статистика розповсюдження туберкульозу у слідчих ізоляторах та

місцях позбавлення волі, які є «профільними установами» у повсякденній роботі працівників поліції.

Якщо захворюваність ТБ серед населення становить 55,2 на 100 тис. населення, то у слідчих ізоляторах вона в 71 раз більша і становить 3922 на 100 тис. ув'язнених, а у закладах виконання покарань захворюваність ТБ в 67 разів більша і становить 3788 на 100 тис. ув'язнених [176]. За таких умов ризик інфікування працівників поліції підвищується в рази.

Слід констатувати, що сьогодні основи організації та реалізації службових обов'язків за участю осіб, інфікованих ВІЛ/СНІД та ТБ, не описані у сучасній криміналістичній науці. Можливою причиною чого є невстановлені конкретні шляхи інфікування (латентність інфікування та тривалий інкубаційний період) та відсутність законодавчо-закріпленої можливості інфікування під час здійснення службової діяльності (шляхом віднесення працівників поліції до груп підвищеного ризику інфікування).

Одним із обов'язкових правил поліцейської діяльності, особливо в умовах ризику інфікування вище переліченими захворюваннями, має стати вивчення кола осіб, з якими має відбуватись контакт у працівника поліції в повсякденній діяльності – т.з. професійні контакти.

Дослідження особистості має відбуватись на предмет відношення її до груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ/СНІДом або ТБ, або ж на наявність цих захворювань. Така діяльність має стати повсякденною і виконуватись в обов'язковому порядку. Вважаємо, що цілком доцільним буде передбачити ці вимоги в якості обов'язків працівника Національної поліції або ж в положеннях щодо гарантій поліцейської діяльності.

Враховуючи вище викладене, пропонуємо в якості *першого джерела інформації про наявність у особи ВІЛ/СНІДу або туберкульозу вважати саму особу*. Процес встановлення у неї вищевказаних захворювань здійснюється на підставі, наприклад, аналізу способу життя та зовнішності, шляхом спостереженням за наявними зовнішніми проявами захворювання у неї тощо.

Так, зовнішніми ознаками наявності у особи активної форми ТБ дихальних шляхів можуть бути: 1) сухий кашель, або кашель з виділенням мокротиння та домішків крові; 2) худорлявість; 3) підвищене потовиділення (особливо вночі); 4) почервоніння щік на фоні загальної блідості шкіряних покривів; 5) підвищена температура тіла тощо.

Однак, слід мати на увазі, що ТБ тривалий час розвивається в організмі людини без будь-яких зовнішніх ознак. Лише коли ступінь ураження органу набуває значних розмірів, людина починає відчувати нездужання, у неї спостерігаються відповідні симптоми [291].

У випадку неможливості встановити у особи зовнішні прояви захворювання, необхідно поставити їй пряме запитання: «Чи хворіє вона на туберкульоз, ВІЛ-інфекцію/СНІД чи інше захворювання?».

Стосовно необхідності здійснювати візуальний аналіз учасників досудового розслідування вже зазначалось у працях вчених-криміналістів, які вказують на те, що процес вивчення особи злочинця здійснюється за допомогою застосування певних методів: спостереження, бесіди, аналізу результатів діяльності, узагальнення незалежних характеристик та ін. [146, с. 262].

Цей же підхід можна екстраполювати й на інших учасників кримінального провадження, осіб, з якими працівник поліції має професійні контакти у повсякденній роботі. Це необхідно з метою забезпечення безпеки від ризику інфікування ТБ чи ВІЛ-інфекцією.

Так, відповідно до п. 19 ч. 1 ст. 3 КПК України, сторонами кримінального провадження є з боку обвинувачення: слідчий, керівник органу досудового розслідування, прокурор, а також потерпілий, його представник та законний представник у випадках, установлених цим Кодексом; з боку захисту: підозрюваний, обвинувачений (підсудний), засуджений, виправданий, особа, стосовно якої передбачається застосування примусових заходів медичного чи виховного характеру або вирішувалося питання про їх застосування, їхні захисники та законні представники),

потерпілий, його представник та законний представник, цивільний позивач, його представник та законний представник, цивільний відповідач та його представник, представник юридичної особи, щодо якої здійснюється провадження, третя особа, щодо майна якої вирішується питання про арешт, інша особа, права чи законні інтереси якої обмежуються під час досудового розслідування, особа, стосовно якої розглядається питання про видачу в іноземну державу (екстрадицію), заявник, свідок та його адвокат, понятий, заставодавець, перекладач, експерт, спеціаліст, представник персоналу органу пробації, секретар судового засідання, судовий розпорядник (відповідно до п. 25 ч. 1 ст. 3 КПК України) [148].

Також присутніми під час проведення СРД, зокрема допиту, можуть бути педагог, психолог, лікар (під час допиту неповнолітнього), а також працівники правоохоронних органів (під час допиту особи, яка перебуває у СІЗО та на підставі вимоги слідчого, у присутності конвою бере участь у допиті).

У деяких випадках участь інших осіб є обов'язковою (ст. 52, 490, ч. 3. ст. 499, ст. 507 (захисник), 226, 227, 488, 491 КПК України (законний представник, педагог, психолог, лікар) КПК України), а у інших – рішення про їх залучення або присутність приймається слідчим самостійно: з точки зору тактики або безпеки (ч. 7 ст. 223 (поняті), ст. 71(спеціаліст), ч. 3 ст. 29, ст. 68 (перекладач) КПК України). До того ж, існує досить широке коло можливих лікарів та спеціалістів, що можуть бути залучені до кримінального провадження, про що у своїх працях говорять, зокрема, І.В. Пиріг, Г.С. Бідняк, В.О. Яремчук та ін. [346; 208, с.140].

Враховуючи можливе коло осіб, що можуть бути залучені до кримінального провадження, зокрема під час проведення СРД, необхідність встановлення наявності у них ВІЛ/СНІДу чи ТБ є надзвичайно важливою. В першу чергу, це пов'язане із забезпеченням безпеки учасників кримінального провадження (СРД та присутніх осіб). Категорично негативною та

несприятливою буде ситуація, коли участь у СРД прийматиме одночасно хворий на активний ТБ та особа, інфікована ВІЛ, або хвора на СНІД.

За інформацією, що була представлена Мартіном Ван ден Бумом, експертом Європейського Бюро ВООЗ, під час робочої зустрічі експертів «Регіональна специфіка боротьби з туберкульозом» (16 липня 2018 р. в м. Братислава (Словацька Республіка)), ... кожен п'ятий випадок ТБ в Європі – МРТБ, а кожен восьмий – ТБ поєднаний з ВІЛ-інфекцією [251].

Туберкульоз, як зазначають О.С. Шальмін, О.М. Разнатовська та Р.М. Ясінський, є безпосередньою причиною смерті до 30,0% пацієнтів з ВІЛ-інфекцією, а на стадіях СНІДу — у 90,0% випадків [325; 177; 88; 179; 261, с. 182]. Відповідно, в умовах підвищеного ризику інфікування на ТБ осіб, що мають ВІЛ-позитивний статус, працівники поліції мусять вживати заходів щодо унеможливлення їх контактів з хворими на активний ТБ під час здійснення професійної діяльності, зокрема, під час проведення СРД. Здебільшого вказаний принцип «недопущення перетину» хворого на туберкульоз з ВІЛ-інфікованим реалізується шляхом ідентифікації вказаних осіб, вибору черговості проведення з ними процесуальних дій та СРД, а також шляхом пошуку альтернативного проведення СРД. Вказані пропозиції будуть нами детально розглянуті у 2 та 3 розділах дисертаційного дослідження.

Однак, в рамках розгляду вказаної проблеми, слід зауважити, що встановлення у особи ВІЛ-позитивного статусу є практично неможливим для працівника поліції, здійснюючи візуальний огляд. Це пов'язане з тим, що наявність ВІЛ-інфекції в організмі людини не має характерного зовнішнього прояву та ознак. Найпростішим та найшвидшим способом отримання інформації стосовно наявності у особи ВІЛ-інфекції, є постановка прямого запитання. Підтвердженням нашої думки є відповідь заступника головного лікаря КП «Криворізький Центр профілактики та боротьби зі СНІДом» ДОР (далі - Центр) – І.С. Самко на запитання стосовно надання працівникам поліції Центром інформації щодо наявності у певної особи

ВІЛ/СНІДу. Так, І.С. Самко зауважив, що відомості про стан здоров'я осіб, які знаходяться з будь-якого приводу на обліку, не надаються, так як органи поліції законодавчо не віднесено до числа суб'єктів, уповноважених на отримання інформації про ВІЛ-статус особи. Нормативним документом, яким у такому випадку керується Центр у практичній діяльності, є ЗУ «Про внесення змін до Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» від 23.12.2010 р.. Статтею 13 «Право людей, які живуть з ВІЛ, на інформацію. Захист інформації про позитивний ВІЛ-статус людини від розголошення та розкриття третім особам» вказаного нормативного акту, прямо вказується на те, що відомості про результати тестування особи з метою виявлення ВІЛ, про наявність або відсутність в особі ВІЛ-інфекції є конфіденційними та становлять лікарську таємницю. Передача медичним працівником відповідних відомостей третім особам дозволяється лише за рішенням суду в установлених законом випадках та порядку [238].

Наступним джерелом отримання інформації про наявність в учасника туберкульозу є *довідка від лікаря-фтизіатра*. Як відомо, в Україні створено Реєстр хворих на ТБ. Однак, доступ до вказаного реєстру мають лише працівники ПТЗ, яким присвоєно ідентифікатор у Реєстрі [241]. Відповідно, отримати інформацію можливо, направивши запит про особу до відповідного медичного закладу.

Окрім цього, джерелом інформації про наявність у особи захворювання може бути *стороння особа*. Наприклад, під час допиту чи опитування родичів, або знайомих хворого, вони можуть повідомити працівнику поліції вказану інформацію.

У будь-якому випадку, на наше глибоке переконання, інформованість навіть про найбільш тяжку форму ТБ є значно кращим випадком, аніж ситуація неочевидності, коли про збудник інфекції можна лише здогадуватися, момент зараження утаємничується, а шанс оперативного виявлення захворювання та початку лікування зменшується. Так у випадках

неочевидності, наприклад, слідчі, під час проведення СРД, здебільшого не усвідомлюють ризик можливості зараження туберкульозом від учасника розслідування та легковажно розраховують на уникнення зараження хворобою, таким чином, не вживають достатньо заходів, спрямованих на захист себе та оточуючих від потенційного джерела туберкульозу [221, с. 116].

Важливим, на наш погляд, є питання забезпечення медичної безпеки і соціальних гарантій працівників поліції під час оперативно-службової діяльності та виконанні інших специфічних функцій.

Усі без виключення громадяни України потребують якісного виконання працівниками поліції своїх службових повноважень. Однією з вагомих умов досягнення цього є стан здоров'я працівників поліції.

Професія поліцейського віднесена до професій з великим професійним контактом з ризиком інфікування ВІЛ, тобто контактом з кров'ю або іншими потенційно небезпечними біологічними рідинами внаслідок потрапляння їх під шкіру, на слизові або ушкоджену ділянку шкіри, що трапляється при виконанні службових обов'язків. Небезпеку інфікування ВІЛ також являють поранення гострими інструментами (наприклад, голкою), забрудненими кров'ю або іншими потенційно небезпечними біологічними рідинами, контакт через ушкоджену шкіру (тріщини, садна) або слизові [220].

Саме тому, основною стратегією убезпечення від соціально небезпечних хвороб під час виконання службових завдань є усвідомлення того, що:

- усі біологічні рідини (кров, сеча, слина, сперма) мають вважатися потенційно інфікованими і слід уникати безпосереднього контакту з ними;
- будь-який предмет, до якого торкається працівник ОВС, потенційно може містити на собі збудників соціально небезпечних хвороб;
- будь-яка особа, з якою спілкується працівник ОВС, може бути інфікована на туберкульоз чи іншу соціально небезпечну хворобу [278, с. 24].

Наслідком недостатнього наукового дослідження проблем організації й тактики проведення та СРД в умовах ризику інфікування, а також незнання та недотримання працівниками поліції правил та норм особистого інфекційного захисту, можна навести статистику, надану Управлінням охорони здоров'я та реабілітації МВС України щодо захворюваності на ТБ та ВІЛ/СНІД серед працівників міліції (поліції).

Відповідно, за період з 2013 по перший квартал 2020 рр. кількість випадків вперше виявленої ВІЛ-інфекції серед працівників, які мають спеціальні звання (міліції, поліції) та відповідно до законодавства мають право на медичне обслуговування в закладах охорони здоров'я МВС склала 23 особи: 2013 рік – 9 осіб, 2014 рік – 2 особи, 2015 рік – 1 особа, 2016 рік – 2 особи, 2017 рік – 3 особи, 2018 рік – 2 особи, 2019 рік – 1 особа та перший квартал 2020 року – 2 особи. Варто відзначити, що у зазначений період кількість захворювань зменшувалась, зокрема з 9 випадків ВІЛ-інфікування у 2013 році до 1 випадку у 2019 році (див. Додаток «Г»)

Слід зауважити, що відповідно до норм чинного законодавства України (п. 2 ст. 6 р. II ЗУ «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» у редакції від 05.12.2012 року) тестування осіб, віком від 14 років і старше проводиться добровільно, за наявності усвідомленої інформованої згоди особи, отриманої після надання їй попередньої консультації щодо особливостей тестування, його результатів і можливих наслідків, з дотриманням умов щодо конфіденційності персональних даних про стан здоров'я особи [244]. Тому, в закладах охорони здоров'я МВС обстеження на ВІЛ серед осіб, закріплених на медичне обслуговування, відбувається лише при зверненні та за згодою щодо обстеження на ВІЛ, відповідно кількості статистичні показники можуть мати похибку.

Стосовно ТБ, маємо наступні кількісні показники. За період з 2013 по 2019 рр. кількість вперше виявленого ТБ органів дихання серед працівників, які мають спеціальні звання (міліції, поліції) та відповідно до законодавства

мають право на медичне обслуговування в закладах охорони здоров'я МВС склала – 320 співробітників: 2013 рік – 51 особа, 2014 рік – 44 особи, 2015 рік – 49 осіб, 2016 рік – 46 осіб, 2017 рік – 45 осіб, 2018 рік – 49 осіб, 2019 рік – 36 осіб (див. Додаток «Г»).

Варто звернути увагу, що статистичні дані, надані Управлінням охорони здоров'я та реабілітації МВС України, відображають лише кількість тих працівників, які звернулись за медичною допомогою до закладів охорони здоров'я МВС України.

Одним із основних видів профілактики ВІЛ серед особового складу працівників Національної поліції України є поширення інформації стосовно постконтактної профілактики (ПКП). ПКП – це медичний захід, спрямований на попередження розвитку інфекції після імовірного контакту з патогенним мікроорганізмом. У відношенні ВІЛ, ПКП означає надання широкого набору послуг для профілактики ВІЛ-інфекції після контакту або при високій імовірності контакту з даним збудником. Ці послуги включають першу допомогу, консультування і оцінку ризику інфікування ВІЛ, тестування на ВІЛ після отримання інформованої згоди і, в залежності від ступеню оціненого ризику, проведення короткого курсу (28 днів) антиретровірусної терапії (АРТ) з наданням підтримки і подальшого спостереження [220].

Крім того, важливою ланкою профілактики ВІЛ є знання дій, які необхідно виконати негайно після контакту з ВІЛ, зокрема:

- при пораненні голкою або іншим гострим інструментом порядок дій є наступним: 1) негайно вимити місце контакту з милом; 2) потримати поранену поверхню під струмом проточної води (кілька хвилин або поки кровотеча не припиниться), щоб дозволити крові вільно витікати з рани; 3) за умов відсутності проточної води обробити ушкоджене місце дезінфікуючим гелем або розчином для миття рук; 4) не можна використовувати сильнодіючі речовини: спирт, рідини для відбілювання та йод, оскільки вони можуть викликати подразнення пораненої поверхні та погіршувати стан рани; 5) не

можна стискати або терти пошкоджене місце; б) не можна відсмоктувати кров з ранки, що лишилася після уколу;

- при розбризкуванні на непошкоджену шкіру: 1) за умов відсутності проточної води обробити ушкоджене місце дезінфікуючим гелем або розчином для миття рук; 2) використовувати слабкі дезінфікуючі засоби, наприклад, 2%-4% розчин хлоргексидину глюконату; 3) не можна використовувати сильнодіючі речовини: спирт, рідини для відбілювання та йод, оскільки вони можуть викликати подразнення шкіри та погіршити її стан; 4) не можна терти або скребти місце контакту; 5) не можна накладати пов'язку;

- при розбризкуванні на слизову оболонку ротової порожнини: 1) терміново виплюнути рідину, що потрапила до рота; 2) ретельно прополоскати рот водою або фізіологічним розчином й знову виплюнути. Повторити полоскання декілька разів; 3) не можна використовувати для промивання мило чи дезінфікуючий розчин [220].

Порядок дій з ПКП ТБ у разі потрапляння інфікованого мокротиння на ушкоджену шкіру або слизові оболонки тотожний з ПКП ВІЛ-інфекції [271].

Підводячи підсумок, варто акцентувати увагу на тому, що обізнаність працівника правоохоронного органу про саму хворобу та її наявність в учасника кримінального провадження, з яким необхідно провести процесуальні дії, дозволяє, як мінімум, застосувати заходи перестороги з тим, щоб звести до мінімуму шкідливий вплив на власний організм.

Проведене анкетування працівників правоохоронних органів засвідчило їх недостатню обізнаність щодо причин та способів інфікування ТБ та ВІЛ-інфекцією, а також нехтування заходами особистої безпеки під час первинного контакту з учасником кримінального провадження. Працівники поліції не приділяють увагу з'ясуванню наявності у особи ВІЛ/СНІДу або ТБ, а також встановленню її належності до груп підвищеного ризику інфікування вказаними хворобами.

Тому слід визначити, що для вітчизняної правової науки розробка

правових, організаційних та тактичних основ забезпечення особистої безпеки працівника правоохоронного органу при проведенні ним СРД за участю осіб, інфікованих ВІЛ, хворих на СНІД або ТБ органів дихання в умовах сьогодення є значною мірою новим напрямом наукового пошуку, що, потребує практичного вирішення та втілення з використанням новітніх технологій та вдосконаленням існуючих засобів і методів поліцейської діяльності.

1.3. Класифікація слідчих (розшукових) дій за ступенем ризику зараження ВІЛ-інфекцією або туберкульозом при їх проведенні

Класифікація (від лат. – розряд, роблю) – система супідрядних понять (класів об'єктів) тієї або іншої галузі знань чи діяльності людини, що використовується як засіб для встановлення зв'язків між цими поняттями чи класами об'єктів [343].

Вважаємо, що наявність ризику інфікування слідчого та інших учасників досудового розслідування на ТБ та ВІЛ під час здійснення службової діяльності, а також встановлення відповідного способу та джерела інфікування виступають засобами для встановлення зв'язків між специфічними діями, що здійснюють працівники поліції під час досудового розслідування. Відтак це обумовлює необхідність розробки специфічного підходу до організації та тактики проведення процесуальних та СРД.

Відомо, що діяльність слідчого/дознавача у процесі розслідування кримінальних правопорушень, передбачає нерозривне поєднання всіх різновидів дій, узгоджених у межах системи, що спрямована на виконання завдань кримінального судочинства. Водночас, як влучно зазначає Ю.В. Терещенко слідчий здійснює: 1) процесуальні дії – усі передбачені кримінально-процесуальним законодавством заходи; 2) слідчі дії, що виконують функції збирання, дослідження, оцінювання й використання

доказів; 3) розшукові заходи; 4) організаційні заходи, що спрямовані на забезпечення проведення процесуальних, слідчих і розшукових дій [283].

Враховуючи об'єкт дослідження у цьому підрозділі (класифікацію СРД), нами були проаналізовані думки вчених-криміналістів і процесуалістів щодо тлумачення СРД та, у зв'язку з цим, встановлені і систематизовані ознаки, притаманні цьому поняттю:

1) дії, похідні від процесуальних (Л.М. Лобойко, А.П. Черненко) [163, с. 5], є частиною процесуальних (С.М. Стахівський) [275, с. 7]; або заходи (О.О. Алексєєв, А.В. Іщенко, В.В. Пясковський, Ю.М. Черноус) [140, с. 298];

2) спрямованість на отримання (збирання) доказів або перевірку вже отриманих доказів (КПК України, О.В. Капліна) [148; 150, с. 365];

3) пізнавальна спрямованість (О.О. Алексєєв, А.В. Іщенко, О.В. Капліна, О.В. Побєдкін, В.В. Пясковський, Ю.М. Черноус, В.М. Яшин) [140, с. 298; 150, с. 365; 213, с. 16-17];

4) спрямованість на здійснення функції доказування (Ю.В. Терещенко) [283];

5) ґрунтуються на методах пізнання: візуальне спостереження, розпитування, сприйняття, пошук, порівняння (ідентифікація), відтворення, дослідження (С.Ю. Карпушин) [109, с. 22];

6) розшукова спрямованість: збирання, дослідження, оцінка та використання доказів (О.О. Алексєєв, А.В. Іщенко, В.В. Пясковський, Ю.М. Черноус) [140, с. 298];

7) забезпечення силою слідчого процесуального примусу (О.В. Побєдкін, С.М. Стахівський, В.М. Яшин) [275, с. 7; 213, с. 16-17];

8) застосування компетентними особами (О.О. Алексєєв, А.В. Іщенко, В.В. Пясковський, Ю.М. Черноус) [140, с. 298], спеціально уповноваженими державою суб'єктами (Л.В. Головка) [158, с. 678] або посадовою особою, що здійснює кримінальне провадження (О.В. Побєдкін, В.М. Яшин) [213, с. 16-17];

9) закріплення в протоколі (С.Ю. Карпушин) [109];

10) процесуальний характер (О.О. Алексєєв, А.В. Іщенко, В.В. Пясковський, Ю.М. Чорноус) [140, с. 298];

11) передбаченість та урегульованість кримінальним процесуальним законодавством (О.В. Побєдкін, В.М. Яшин) [213, с. 16-17].

Враховуючи зазначені ознаки, які притаманні поняттю СРД, нами запропоновано авторське тлумачення: *СРД – це передбачені КПК України дії, що мають пізнавальний, розшуковий і процесуальний характер (документальне закріплення) та реалізуються суб'єктами, які здійснюють кримінальне провадження.*

Вичерпний перелік СРД закріплено законодавцем у главі 20 КПК України. Так, відповідно, ми маємо наступні види СРД:

1) допит: свідка, потерпілого під час досудового розслідування в судовому засіданні, малолітньої або неповнолітньої особи, у режимі відеоконференції під час досудового розслідування;

2) одночасний допит двох чи більше вже допитаних осіб

3) пред'явлення для впізнання: особи, речей, трупа, у тому числі пред'явлення для впізнання осіб чи речей поза візуальним спостереженням (за фотознімками, матеріалами відеозапису) та у режимі відеоконференції під час досудового розслідування;

4) обшук;

5) огляд: місцевості, приміщення, речей та документів, трупа (ст. 238 КПК), огляд трупа, пов'язаний з ексгумацією;

6) слідчий експеримент;

7) освідування особи;

8) залучення експерта для проведення експертизи;

9) отримання зразків для експертизи [148].

Не менш різноманітними є і критерії для класифікації СРД. Зокрема, К.О. Чаплинський (аналізуючи положення КПК 1960 року) виділяє наступні:

1) залежно від об'єкта, на який спрямована пізнавальна сутність слідчої дії, розрізняють: 1.1) нонвербальні, 1.2) вербальні, 1.3) змішані;

2) за призначенням і характером проведення: 2.1) основні і додаткові; 2.2) первинні і повторні; 2.3) невідкладні та інші; 2.4) обов'язкові і необов'язкові;

3) за процесуальною формою: 3.1) за постановою слідчого і без неї; 3.2) з дозволу прокурора чи суду і без їх дозволу (обшук житла чи іншого володіння особи або ж відтворення обстановки і обставин події); 3.3) за присутності понятих і без них [316, с. 20-22].

Крім зазначених критеріїв та видів СРД, науковцями пропонуються й інші (В.А. Журавель, В.О. Коновалова, В.Ю. Шепітько) [145, с. 276-280], однак, до сьогодні не враховано такого критерію як ризик інфікування ВІЛ-інфекцією та туберкульозом.

За цим критерієм СРД, на наш погляд, можна поділити на такі:

- з високим ризиком інфікування;
- з середнім ризиком інфікування;
- з низьким ризиком інфікування.

До СРД з високим ризиком інфікування на ТБ ми відносимо: допит (усі його види); одночасний допит, обшук, огляд та освідування. По-перше, це пов'язано з високим рівнем контактності між слідчим та допитуваним, або іншим учасником досудового розслідування, а по-друге, з найбільш поширеними способами інфікування туберкульозом: повітряно-крапельним та повітряно-пиловим. В свою чергу, до СРД з середнім ризиком інфікування – пред'явлення для впізнання, слідчий експеримент та отримання зразків для експертизи. Відносно низький ризик інфікування слідчого, має така СРД як залучення експерта для проведення експертизи.

До СРД з високим ризиком інфікування ВІЛ-інфекцією ми відносимо обшук, огляд та освідування, що пов'язане з наявністю можливості парентерального (через кров та інші біологічні рідини) способу інфікування. Середній ризик інфікування присутній під час отримання зразків для експертизи. Та, в свою чергу, до СРД з низьким ризиком інфікування належать: допит, одночасний допит, пред'явлення для впізнання, залучення

експерта для проведення експертизи та слідчий експеримент (див. Додаток Д).

Ми не пропонуємо відмовитися від вже ustalених та існуючих паралельно в рамках кримінального процесу та криміналістики класифікацій СРД. Запропонована класифікація є закономірним результатом здійснюваного дисертаційного дослідження та, в силу своєї специфічності, може носити як другорядне, так і першочергове значення. Усвідомлення ступеня ризику інфікування ВІЛ-інфекцією та ТБ має впливати на прийняття правоохоронцями організаційно-тактичних рішень при проведенні СРД із забезпеченням безпеки власної та її учасників.

Проводячи аналогію між запропонованим нами критерієм поділу СРД (СРД з високим, середнім та низьким ризиком інфікування) та наданим раніше науковцями критерієм поділу залежно від об'єкта, на який спрямована пізнавальна сутність СРД (вербальні, нонвербальні, змішані), можна дійти висновку, що найбільш небезпечними з точки зору інфікування ТБ повітряно-крапельним способом є вербальні СРД (допит, одночасний допит). З точки зору ризику інфікування ТБ повітряно-пиловим та контактним способом, а також за наявністю ризику інфікування ВІЛ-інфекцією – найбільш небезпечними є нонвербальні СРД (огляд, освідкування та обшук) та змішані (наприклад, пред'явлення для впізнання).

Нами взято критерій поділу СРД на вербальні, нонвербальні та змішані не випадково, адже саме ця класифікація, на наш погляд, найбільш гармонійно співвідноситься із джерелами інфікування ТБ та ВІЛ-інфекцією в межах аналізу предмету нашого дисертаційного дослідження. Крім цього, слід констатувати той факт, що поділ на вербальні, нонвербальні та змішані СРД є досить розповсюдженим (підтримується багатьма) серед вчених-криміналістів та процесуалістів (О.П. Ващук, Ю.М. Грошевий, О.В. Капліна, І.С. Літвінчук, І.А. Макаренко, М.В. Салтевський, Л.Д. Удалова, К.О. Чаплинський). Іноді науковці (А.Ю. Головін, С.Ю. Карпушин, В.В. Ридчик, Ю.М. Чорноус, С.А. Шейфер) по-різному іменують поділ СРД

на види та за критеріями, хоча його сутність зводиться до розуміння поділу на вербальні, невербальні та змішані.

У зв'язку з цим, нами, на підставі аналізу думок вчених, систематизовані види СРД за наступними критеріями:

1) залежно від прийомів отримання інформації (Ю.М. Грошевий, О.В. Капліна, М.В. Салтевський, Л.Д. Удалова, І.С. Літвінчук):

1.1) вербальні – слідчі (розшукові) дії, у результаті яких одержують словесну інформацію, адже показання являють собою мовленнєве (вербальне) повідомлення з приводу досліджуваних у кримінальному провадженні обставин (до них можна віднести допит та одночасний допит двох чи більше допитаних осіб); 1.2) невербальні – такі СРД, у результаті яких слідчий, прокурор отримують інформацію, що міститься в об'єктах матеріального світу і виражається в предметно-просторових ознаках, таких як форма, колір, обсяг тощо (до невербальних належать огляд, освідування, обшук). 1.3) змішані – слідчі (розшукові) дії, під час яких отримують інформацію як словесну, так і ту, що наявна в об'єктах матеріального світу [258, с. 330; 149, с. 291; 145, с. 276-280; 296, с. 13-14; 162, с. 130-132];

2) залежно від джерел отриманої інформації (С.Ю. Карпушин, В.В. Ридчик) СРД поділяються на: 2.1) спрямовані на отримання інформації від людей (допит, одночасний допит, пред'явлення для впізнання та деякі інші) – особистісних джерел, особливістю яких є те, що злочин залишає сліди в пам'яті майбутніх учасників процесу, вони недоступні для зовнішнього спостереження і їх можна дістати із матеріального джерела тільки шляхом безпосереднього відтворення самим джерелом під час проведення вище перелічених дій; 2.2) спрямовані на отримання інформації від матеріальних об'єктів (огляд, обшук, проведення експертизи); 2.3) спрямовані на отримання інформації як від матеріальних об'єктів, так і від людей (слідчий експеримент) [109; 252, с. 2];

3) залежно від відображень (Ю.М. Чорноус), СРД різняться на: 3.1) матеріальні – т.з. німі свідки злочину є джерелом матеріальних слідів-

відбитків; 3.2) ідеальні – люди як носії ідеальних слідів-відбитків, що зберігаються в їхній пам'яті [324, с. 23-24];

4) залежно від характеру інформації, яку необхідно отримати і перевірити (А.Ю. Головін), СРД поділяються на такі, що: 4.1) спрямовані на отримання та перевірку показань про обставини розслідуваної події; 4.2) спрямовані на встановлення та дослідження матеріальних слідів злочину, встановлення та перевірку різного роду станів; 4.3) спрямовані на отримання та перевірку доказової інформації комплексного характеру, що відображається як у показаннях різних осіб, так і в дослідженні різних матеріальних слідів, у встановленні та перевірці різного роду станів [65, с. 86];

5) залежно від способу отримання інформації (І.А. Макаренко), СРД поділяються на: 5.1) особисті: всі види допитів; 5.2) речові: огляд місця події, освідчування, обшук, виїмка, експертизи, що проводяться для встановлення особи за слідами; 5.3) змішані – судово-психологічні, судово-психіатричні, судово-медичні експертизи [170, с. 130].

С.Ю. Карпушин наголошує, що умовно людину, як джерело інформації, можливо розглядати в трьох аспектах: 1) як джерело психічного відображення події злочину; 2) як носія матеріальних слідів злочину; 3) як суб'єкта взаємодії, направленою на отримання цієї інформації і забезпечення процесу доказування, яких об'єднує специфічна форма спілкування [109].

Відповідно, під час взаємодії з людиною, як джерелом інформації, відомості про злочин та окремі його обставини, на думку О.П. Ващук, можна отримати за такими двома напрямками: 1) вербально (мовне) – показання учасників кримінального провадження; 2) невербально (немовне) – речі (в широкому розумінні), людина [52, с. 111].

Говорячи про вербальні СРД, Л.Д. Удалова наголошує, що їх об'єднує криміналістична сутність, як вид джерела і сукупність методів отримання інформації, в основі якої лежать прийоми спілкування, які засновані на

раціональному пізнанні: розпитування; розповідь; демонстрація; графічне відображення; міміка; жести [296, с. 64].

Сутність невербальних СРД полягає у безпосередньому сприйнятті матеріальних джерел доказової інформації, якими можуть бути об'єкти посягання, засоби вчинення кримінального правопорушення, обстановка, предмети і речі, виявлені на місці події, що мають відношення до провадження. При цьому застосовуються методи спостереження, опису, порівняння, органолептичні прийоми, окремих і порівняльний аналіз, контактні і безконтактні методи; фізичні, хімічні, біологічні методи та відповідна техніка. До цієї групи слідчих (розшукових) дій відносяться огляд, освідування, обшук, ексгумація трупа, призначення експертизи [140, с. 301]

Поняття «нонвербальний» і «невербальний» є синонімами. У криміналістичній літературі більшість науковців, зокрема А.В. Кофанов, Л.Д. Удалова, Ю.М. Черноус та інші, використовують саме термін «невербальні засоби криміналістичної тактики». Ми також погоджуємося з цим підходом. У криміналістичній літературі обстоюють наукові позиції про те, що до головних невербальних СРД належать обшук, огляд і виїмка. Проте в чинному КПК України такої СРД, як виїмка, не передбачено. Водночас ст. 159 КПК України містить один із видів заходів забезпечення кримінального провадження – тимчасовий доступ до речей і документів, що полягає в наданні стороні кримінального провадження особою, у володінні якої перебувають такі речі й документи, можливості ознайомитися з ними, виготовити їх копії та, у разі прийняття відповідного рішення слідчим суддею, судом, вилучити їх (здійснити їх виїмку). Хоча законодавець і змінив назву цього заходу, його процесуальна сутність лишилася незмінною, притаманною слідчим (розшуковим) діям. Висвітлюючи зміст тимчасового доступу до речей і документів, законодавець використав термін «виїмка», передбачений главою 16 Кримінально-процесуального кодексу України 1960 року. Отже, зарахування тимчасового доступу до заходів забезпечення кримінального провадження є спірним, таким, що потребує наукового

дослідження та нормативного доопрацювання. Обшук, огляд і тимчасовий доступ до речей та документів доцільно розглядати, в контексті теорії криміналістики, в якості невербальних засобів криміналістичної тактики [191].

Окрім вербальних та невербальних, вчені-криміналісти виділяють і змішані СРД, які являють собою частковий симбіоз ознак як перших, так і других.

СРД складного (змішаного) характеру передбачають отримання інформації із складного джерела-системи «люди-речі», через психічне відображення проєкції ідеального на матеріальне і пов'язані із застосуванням складних спеціальних методів отримання доказової інформації: експерименту, моделювання, а також залучення спеціалістів, технічних засобів. Ці дії призначені для відображення об'єктів, що одночасно містять інформацію в словесній (вербальній) і фізичній формах і включають пред'явлення для впізнання, слідчий експеримент [140, с. 301].

Ми також підтримуємо висловлену думку науковців, стосовно того, що сутність будь-якої СРД, в першу чергу, визначається тактичними можливостями отримання інформації у кримінальному провадженні, і вважаємо, що така класифікація СРД на вербальні, невербальні та змішані має сенс і заслуговує на увагу. В контексті предмету нашого дисертаційного дослідження, зазначене твердження ґрунтується на поєднанні трьох факторів:

- 1) існуванні ризику інфікування слідчого та інших учасників досудового розслідування ВІЛ-інфекцією або ТБ, під час проведення слідчих (розшукових) дій;

- 2) визначених наукою способах інфікування вище переліченими хворобами;

- 3) можливості обрання найбільш раціональної тактики проведення СРД, що належать до відповідного виду.

Розглядаючи криміналістичну тактику як основну категорію криміналістичної науки, що сприяє оптимальному вирішенню завдань

кримінального судочинства, К.О. Чаплинський слушно зазначає, що результативність роботи правоохоронних органів напряму залежить від рівня та якості її забезпечення науковими засобами та методами. Саме ж забезпечення слідчої діяльності розкривається науковцем як створення необхідних умов для досягнення бажаного результату і має за своїм змістом низку аспектів, зокрема, кадровий, матеріально-технічний, організаційний, тактичний, інформаційний, науково-методичний, аналітичний, нормативно-правовий, психологічний та інші. Елементарний склад тактичного забезпечення досудового розслідування, на якому ґрунтується криміналістична тактика, вчений розподіляє на такі складники: тактичний прийом; тактична комбінація; тактична операція; тактична рекомендація; тактичне рішення [316, с. 11-14].

Щодо визначення поняття «тактичний прийом», варто зазначити, що існують різні погляди на його тлумачення.

Деякі вчені (Ю.В. Гаврилін, А.Ю. Головін, І.В. Тишутіна) розглядають тактичний прийом як найбільш раціональний, доцільний і ефективний спосіб дій особи, що здійснює розслідування, який застосовують під час проведення окремих слідчих та інших процесуальних дій, спрямований на розв'язання завдань із збирання, дослідження, оцінки і використання доказової чи іншої криміналістичної інформації [62, с. 116].

В свою чергу В.Ю. Шепітько визначає тактичний прийом як спосіб здійснення процесуальної дії, спрямований на досягнення її конкретної мети, заснований на психологічному механізмі його реалізації та є найбільш раціональним і ефективним у певних ситуаціях [330, с. 37].

Існують також думки вчених, зокрема І.Ф. Герасимова та Л.Я. Драпкіна, які підходять до визначення тактичного прийому як певного методу, говорячи, що тактичний прийом являє собою метод провадження суб'єктом криміналістичної діяльності будь-якої слідчої дії, що обирається з урахуванням конкретної слідчої ситуації та спрямований на підвищення

ефективності окремих слідчих дій або повного, всебічного і об'єктивного розслідування [132, с. 224].

Однак, слушною є думка К.О. Чаплинського, про те що окрім тактичних прийомів слідча тактика розроблює і рекомендації [316, с. 48].

Шляхом аналізу наукової криміналістичної літератури з зазначеної тематики, можна дійти висновку, що більшість вчених під тактичною рекомендацією розуміють науково обґрунтовану і апробовану практикою пораду, що стосується вибору і застосування тактичних прийомів [309; 127, с. 223; 22, с. 103; 337, с. 29; 128, с. 7].

Як влучно В.П. Бахін, тактичні рекомендації нерідко містять елементи обов'язковості, оскільки пропонують найбільш доцільний порядок діяльності, недотримання якого тягне ускладнення досягнення мети розслідування [309; 32, с. 126].

Екстраполюючи існуючі думки вчених щодо тлумачення поняття «тактичної рекомендації» на предмет нашого наукового дослідження, вважаємо за доцільне дати визначення «тактичної рекомендації під час досудового розслідування в умовах ризику інфікування ВІЛ-інфекцією та туберкульозом». Пропонуємо розуміти її як аргументовану пораду щодо необхідної моделі поведінки слідчого під час проведення СРД, яка має організаційні, психологічні та медичні особливості її реалізації.

Організаційні особливості полягають у врахуванні конкретної слідчої ситуації під час досудового розслідування, що впливає на вибір тактичного прийому, який може бути використаний. Крім цього, організаційні особливості характеризуються також вибором часу і місця, СРД, яку найбільш доцільно буде провести.

Важливим у виборі тактики під час проведення СРД за участю хворого на ТБ є твердження Ю.В. Колесника, стосовно того, що тактичний прийом, на відміну від законодавчого припису кримінальної процесуальної вимоги, не має обов'язкового для застосування характеру. Вибір слідчим певного чи іншого тактичного прийому здійснюється в кожному випадку на власний

розсуд на основі всебічного вивчення обставин кримінального провадження, з урахуванням конкретної слідчої ситуації, що склалася на певному етапі досудового розслідування, з врахуванням допустимості тактичного прийому як в кримінальному судочинстві загалом, так і в конкретній ситуації розслідування зокрема [118].

Так, серед найбільш розповсюджених організаційних заходів врахування слідчим інформації про хворобу на ТБ є обрання часу та місця проведення, скорочення тривалості СРД, шляхом мінімізації використання тактичних прийомів. Наприклад, під час проведення допиту може бути скорочено час безпосереднього контакту з хворою особою для зменшення ризику зараження хворобою, у зв'язку з чим слідчі відмовляються від такого тактичного прийому як «вільна розповідь», і будують допит шляхом постановки питань [221, с. 115].

Психологічні особливості мають на меті забезпечення ефективності проведення СРД, спрямовані на одержання, оцінку та використання криміналістично-значущої інформації. Важливим є досконале знання способів інфікування ВІЛ-інфекцією та туберкульозом та шляхів уникнення ризику заразитися, що в свою чергу, покликане дати можливість концентруватися на меті слідчої (розшукової) дії.

Медичні особливості характеризуються вжиттям заходів-перестороги в умовах можливого інфікування слідчого та інших учасників кримінального провадження ВІЛ та ТБ.

Як слушно зазначив Р.С. Белкін, організація проведення СРД є комплексом заходів, що забезпечують вибір і застосування в конкретній слідчій ситуації найбільш ефективних і доцільних техніко-криміналістичних і тактичних засобів і прийомів для досягнення цілей даної слідчої дії [36, с. 451]. Таким чином, інформація про наявність захворювання на ТБ в особи, залученої слідчим до сфери кримінальної процесуальної діяльності, прямо впливає на характер проведення СРД та досудового розслідування в цілому. Її врахування є не тільки можливістю вжити заходів особистої безпеки, а й

обов'язком слідчого убезпечити інших учасників кримінального провадження від можливого зараження на ТБ.

З метою визначення уніфікованих особливостей тактики проведення процесуальних дій та формування алгоритму дій працівника Національної поліції в умовах ризику інфікування зазначеними захворюваннями, доречно, на наш погляд, зосередити дослідження у двох напрямках: 1) під час проведення вербальних СРД, тобто пов'язаних з отриманням інформації з особистісних джерел з ризиком інфікування ТБ повітряно-крапельним шляхом; 2) під час проведення невербальних СРД, тобто пов'язаних з отриманням інформації з матеріальних відображень з ризиком інфікування ТБ та ВІЛ-інфекцією парентеральним способом.

Таким чином, застосовувані організаційно-тактичні заходи залежать від належності певної СРД до групи вербальних, невербальних чи змішаних [140, с. 301].

Саме за цим принципом пропонується провести науковий аналіз СРД в умовах ризику інфікування ТБ чи ВІЛ-інфекцією з метою встановлення організаційно-тактичних особливостей, що сприятимуть їх безпечному проведенню.

У зв'язку з цим, у другому розділі дисертаційного дослідження нами будуть проаналізовані вербальні СРД, зокрема: допит, одночасний допит декількох осіб. У третьому розділі науковому аналізу будуть піддані невербальні СРД, зокрема: огляд, обшук та освідування.

Відповідно, володіючи знаннями та маючи практичні навички з організації та тактики проведення вербальних та невербальних СРД в умовах ризику інфікування ТБ та ВІЛ-інфекцією, працівники поліції, зокрема слідчі, зможуть поєднати ключові заходи з уникнення та мінімізації ризиків та провести у відповідному ключі змішані СРД.

Ми усвідомлюємо, що не всі СРД плануємо аналізувати у нашому дисертаційному дослідженні. Проте, варто наголосити, що зазначені вище допит, одночасний допит декількох осіб та огляд складають приблизно 3/4 по

відношенню до усіх СРД та близько 1/4 по відношенню до всього робочого часу слідчого що ним витрачається, у тому числі, на процесуальні дії, а обшук і освідчування виокремлені нами з міркувань підвищеного ризику можливого інфікування працівників поліції на ВІЛ/СНІД та ТБ під час їх проведення. Додатковою аргументацією нашої позиції щодо проведення наукового аналізу СРД саме в аспекті поділу їх на вербальні, невербальні та змішані є висловлені лікарями-практиками (фтизіатрами) деякі особливості інфікування ТБ у роботі працівників правоохоронних органів, що характеризуються підвищеною контактністю – з людьми чи предметами.

Таким чином, бажано проводити огляд та обшук в одноразових гумових рукавичках. Це захищає від МБТ, яка може міститися на одязі, речах, волоссі та інших предметах, що трапляються під час проведення цих СРД. Крім цього, необхідно також використовувати маску, яка захищає працівника поліції від МБТ, коли вони починають перебирати одяг. В цей момент пил злітає в речей, піднімається вгору і вдихається всіма, хто знаходиться поруч. Фахівці наголошують на позалегенових формах ТБ, які, хоча і не є заразними, проте їх усвідомлення може, без перебільшення, врятувати життя працівника поліції. Позалегенові форми можуть виникати дуже рідко. Той же туберкульоз шкіри по всій Україні налічує до 5-6 випадків. ТБ очей частіше. У цьому випадку, як захист, необхідно використовувати спеціальні окуляри.

Важливість дослідження питань ймовірного зараження ТБ працівниками поліції у повсякденній діяльності зростає через те, що приблизно 75% осіб має латентну форму, яка активізується при будь-якій стресовій ситуації, голодуванні, недоїданні, супутній хворобі тощо коли знижується імунітет. Для своєчасного діагностування недугу необхідно регулярно робити флюорограму. А у дітей робиться проба Манту, щоб визначити латентність інфекції.

Наведені вище аргументи, на наш погляд, якнайкраще описують мотивацію працівника поліції до аналізу питань, пов'язаних із ризиком

зараження ВІЛ-інфекцією та, особливо, ТБ під час виконання службових обов'язків. Сам характер поліцейської діяльності вимагає від працівників поліції щоденного контактування із людьми та предметами, які можуть носити в собі чи на собі інфекцію. Ми впевнені, що обізнаність про сутність, особливості формування та передачі інфекції, способи її розповсюдження, забезпечить здоров'я та життя багатьох захисників нашої держави та дозволить довго і професійно виконувати завдання із захисту прав та інтересів громадян, безпеки держави, громадського порядку від протиправних посягань.

Таким чином, підсумовуючи вище викладене слід зазначити, що нами запропоновано розглядати ризик інфікування ТБ або ВІЛ як критерій класифікації СРД, зокрема на: 1) з високим ризиком інфікування; 2) з середнім ризиком інфікування; 3) з низьким ризиком інфікування. Визначено, що найбільш гармонійно із джерелами інфікування ТБ та ВІЛ-інфекцією співвідноситься критерій поділу СРД на вербальні, невербальні та змішані. У зв'язку з цим, встановлено, що найбільш небезпечними з точки зору інфікування ТБ повітряно-крапельним способом є вербальні слідчі (розшукові) дії (допит, одночасний допит); з точки зору ризику інфікування ТБ повітряно-пиловим та контактним способом, а також за наявності ризику інфікування ВІЛ-інфекцією – найбільш небезпечними є невербальні слідчі (розшукові) дії (огляд, освідування та обшук).

Висновки до першого розділу

Знання про недуг сприяють не тільки профілактиці, а і виявленню на більш ранній стадії виникнення хвороби, враховуючи інформацію про симптоматичні прояви. У зв'язку з цим, більш ґрунтовне вивчення природи, чинників виникнення, факторів поширення та заходів протидії ТБ та ВІЛ-інфекції якомога більшою кількістю людей, сприятиме підвищенню

ефективності профілактичних заходів, спрямованих на протидію їх розповсюдження.

Дослідження ТБ та ВІЛ-інфекції здійснено нами через призму виявлених особливостей, які згруповані на: історичні, медичні, соціально-фізіологічні, функціональні та статистичні.

Класифікацію ТБ здійснено з урахуванням виокремлених критеріїв: 1) за сферою розповсюдження збудника інфекції; 2) за характером контакту з хворою особою; 3) за ситуацією (умовами), в якій опиняються оточуючі; 4) за шляхом поширення інфікуючого контакту; 5) за суб'єктом інфікування (який заражається сам); 6) за об'єктом інфікування (органи в організмі людини); 7) за стійкістю до умов середовища, в яке потрапляє МБТ; 8) за способом передачі; 9) за способом потрапляння збудника в організм людини; 10) за шляхами виділення з організму хворої людини; 11) за видами мікобактерій.

Критерії поділу ВІЛ-інфекції на види визначені наступні: 1) за природою появи; 2) за способом інфікування; 3) за об'єктом найбільш ймовірного зараження; 4) за шляхами передачі.

Недосконалий рівень знань стосовно шляхів передачі ТБ та ВІЛ-інфекції серед працівників Національної поліції України слугує каталізатором поширення випадків інфікування особового складу та може призвести до нехтування заходами безпеки, внаслідок чого, не буде належним чином організовано та забезпечено виконання службових обов'язків, що може призвести до зараження на небезпеку інших осіб.

Зараження працівників правоохоронних органів ТБ та ВІЛ-інфекцією значною мірою можуть бути пов'язані із недотриманням ними універсального принципу перестороги, що передусім означає усвідомлення того, що всі особи, з якими у слідчого планується комунікативний, а можливо й тактильний контакт, а також усі біологічні рідини – є потенційно інфікованими. Крім того, гострою проблемою залишається відсутність матеріально-технічного забезпечення працівників засобами особистого захисту у вигляді гумових рукавичок, персональних корпускулярних

респіраторів, халатів, пов'язок тощо та відсутність достатньої роз'яснювально-профілактичної роботи з особовим складом. Важливим фактором є також внутрішнє усвідомлення працівником поліції необхідності використання цих засобів індивідуального інфекційного захисту під час виконання службових обов'язків.

Недостатньою є нормативно-правова база щодо заходів безпеки працівників поліції при роботі з особами, що мають ВІЛ/СНІД та хворими на ТБ. Діяльність МВС України не є системною та послідовною у цьому аспекті.

Визначені обов'язкові правила поліцейської діяльності в умовах ризику інфікування ТБ та ВІЛ-інфекцією: 1) вивчення кола осіб, з якими має відбуватись контакт у працівника поліції в повсякденній діяльності – т.з. професійні контакти; 2) витребування довідки від лікаря-фтизіатра; 3) інформація від сторонньої особи; 4) постконтактна профілактика.

Зовнішніми ознаками наявності у особи активної форми ТБ дихальних шляхів можуть бути: 1) сухий кашель, або кашель з виділенням мокротиння та домішків крові; 2) худорлявість; 3) підвищене потовиділення (особливо вночі); 4) почервоніння щік на фоні загальної блідості шкіряних покривів; 5) підвищена температура тіла тощо.

Проаналізовані думки вчених щодо тлумачення поняття СРД, визначені його ознаки та запропоновано авторське визначення: *СРД – це передбачені КПК України дії, що мають пізнавальний, розшуковий і процесуальний характер (документальне закріплення) та реалізуються суб'єктами, які здійснюють кримінальне провадження.*

Запропоновано виділяти в якості окремого критерія класифікації СРД – наявність ймовірного ризику інфікування ТБ та ВІЛ-інфекцією. За цим критерієм СРД поділяються: 1) з високим ризиком інфікування; 2) з середнім ризиком інфікування; 3) з низьким ризиком інфікування.

До СРД з високим ризиком інфікування ТБ відносяться: допит (усі його види); одночасний допит, обшук, огляд та освідування. По-перше, це пов'язано з високим рівнем контактності між слідчим та допитуваним, або

іншим учасником досудового розслідування, а по-друге, з найбільш поширеними способами інфікування туберкульозом: повітряно-крапельним та повітряно-пиловим. До СРД з середнім ризиком інфікування ТБ – пред’явлення для впізнання, слідчий експеримент та отримання зразків для експертизи. Відносно низький ризик інфікування слідчого, має така СРД як залучення експерта для проведення експертизи.

До СРД з високим ризиком інфікування ВІЛ-інфекцією відноситься обшук, огляд та освідування, що пов’язане з наявністю можливості парентерального (через кров та інші біологічні рідини) способу інфікування. Середній ризик інфікування присутній під час отримання зразків для експертизи. До СРД з низьким ризиком інфікування належать: допит, одночасний допит, пред’явлення для впізнання, залучення експерта для проведення експертизи та слідчий експеримент.

Найбільш гармонійно із джерелами інфікування ТБ та ВІЛ-інфекцією співвідноситься критерій поділу СРД на вербальні, невербальні та змішані. Доведено, що найбільш небезпечними з точки зору інфікування ТБ повітряно-крапельним способом є вербальні СРД (допит, одночасний допит). З точки зору ризику інфікування ТБ повітряно-пиловим та контактним способом, а також за наявністю ризику інфікування ВІЛ-інфекцією – найбільш небезпечними є невербальні СРД (огляд, освідування та обшук) та змішані (наприклад, пред’явлення для впізнання).

З метою виявлення уніфікованих особливостей тактики проведення процесуальних дій та формування алгоритму дій працівника Національної поліції в умовах ризику інфікування зазначеними захворюваннями, запропоновано проведення дослідження у двох напрямках: 1) під час проведення вербальних СРД, тобто пов’язаних з отриманням інформації з особистісних джерел з ризиком інфікування ТБ повітряно-крапельним шляхом; 2) під час проведення невербальних СРД, тобто пов’язаних з отриманням інформації з матеріальних відображень з ризиком інфікування туберкульозом та ВІЛ-інфекцією парентеральним способом.

РОЗДІЛ 2

ОРГАНІЗАЦІЙНО-ТАКТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ ВЕРБАЛЬНИХ СЛІДЧИХ (РОЗШУКОВИХ) ДІЙ В УМОВАХ РИЗИКУ ІНФІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ

2.1. Особливості проведення допиту

Мова людини виступає надзвичайно багатим джерелом інформації про ознаки та характеристики предмета опису. Не випадково, як вчені криміналісти, процесуалісти, психологи тощо, так і працівники правоохоронних органів традиційно приділяють велику увагу використанню мовної інформації, отриманої від її носіїв, для виявлення і викриття злочинців, припинення, запобігання і розкриття кримінальних правопорушень тощо.

Набуття мовою статусу показань як джерела доказів, згідно чинного КПК України, відбувається під час здійснення допиту. Таким чином ця СРД відноситься до розряду т.з. «вербальних», тобто таких, коли інформація одержується з особистісних джерел. У той же час, таке вербальне спілкування підвищує ризик інфікування ТБ повітряно-крапельним шляхом. А можливе виникнення конфліктної ситуації під час проведення допиту, поєднаної з нападом на працівника поліції, може спровокувати ризик зараження ВІЛ-інфекцією.

КПК України не закріпив законодавчого визначення допиту і не визначив його безпосередньої мети. Це змушує звертатися до напрацювань вчених, як в галузі кримінального процесуального права, так і криміналістики. Науковці по-різному тлумачать поняття «допиту», виокремлюючи при цьому ряд специфічних ознак, розуміючи допит як:

1) засіб формування джерела доказів (С.Ю. Карпушин) [109], засіб отримання і перевірки доказової інформації (В.А. Образцов, Т.Ю. Рзаєв, Д.О. Шингарьов) [193, с. 37; 334, с. 13];

- 2) отримання і фіксація показань (В.А. Образцов, Т.Ю. Рзаєв, А.Б. Соловйов, Д.О. Шингарьов) [269, с. 5; 193, с. 37; 334, с. 13];
- 3) опитування особи, сприйняття показань, фіксування і посвідчення правильності їх запису (В.П. Кольченко) [120, с. 40];
- 4) інформаційно-психологічний процес спілкування осіб (В.Ю. Шепітько) [329, с. 3];
- 5) комунікативний контакт (М.В. Савельєва, О.Б. Смушкіна) [257, с. 163-164], мовні і немовні (жести, міміка тощо) комунікації (В.А. Образцов, Т.Ю. Рзаєв) [193, с. 37];
- 6) процес обміну інформацією, взаємодія, взаємосприйняття учасників (Л.Г. Шапіро) [326, с. 14];
- 7) найбільш поширена СРД (С.Ю. Карпушин, Д.О. Шингарьов) [109; 334., с. 13];
- 8) регламентована (встановлена) кримінально-процесуальна форма її проведення (М.В. Савельєва, О.Б. Смушкіна, А.Б. Соловйов, В.Ю. Шепітько) [269, с. 163-164; 329, с. 3];
- 9) процес, що здійснюється суб'єктом розслідування (М.В. Савельєва, О.Б. Смушкіна) [269, с. 163-164];
- 10) зафіксовану у протоколі СРД (В.А. Образцов, Т.Ю. Рзаєв) [193, с. 37].

Враховуючи визначені та систематизовані нами вище ознаки допиту як СРД, ми пропонуємо розуміти допит *як комунікативний контакт суб'єкта, який здійснює кримінальне провадження (слідчий, прокурор, суд), з його учасником, з використанням тактичних прийомів та з метою отримання, перевірки доказової інформації та її фіксації у протоколі.*

Варто зазначити, що відповідно до шляхів передачі ВІЛ-інфекції, допит ВІЛ-позитивних, та хворих на СНІД не представляє жодної загрози слідчому та присутнім особам в частині передачі вказаного захворювання. Здебільшого організація допиту осіб, що є носіями вказаного недугу має бути

покликана на уникнення дискримінації, стигматизації та порушення прав ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД людей.

Принципово важливими є криміналістичні знання стосовно тактики проведення вказаної СРД, що спрямовані на максимально результативне отримання показань від учасників кримінального провадження та процесуально грамотне їх закріплення у процесі допиту осіб, особливо за умови, коли його учасником є особа, хвора на активний ТБ. Це, здебільшого, впливає з показників поширеності допиту під час розслідування кримінальних проваджень, що підтверджено значною кількістю напрацьованих вчених криміналістів та процесуалістів.

Відповідно до анкетування слідчих Національної поліції України, 94 % респондентів надали ствердну відповідь стосовно того, що вони вносять корективи в організацію і тактику допиту у разі проведення вказаної СРД за участю особи, хворої на відкриту форму ТБ.

Однак, сьогодні однією з основних причин поширення епідемії ТБ в Україні, зокрема серед працівників правоохоронних органів, є їх необізнаність, непоінформованість щодо клінічних проявів та шляхів уникнення цього захворювання, а також відсутність розробленого комплексу організаційних та тактичних рекомендацій з проведення розслідування за участю осіб, хворих на ТБ дихальних шляхів [227, с. 119–120].

Про низький рівень знань та недотримання заходів інфекційного контролю під час допиту хворих на ТБ осіб свідчить і проведене нами анкетування, в рамках якого слідчі визначили ряд організаційних заходів (обирали довільну кількість варіантів відповідей), що найчастіше застосовуються ними в ході проведення допиту осіб, хворих на туберкульоз, це, зокрема: 1) здійснення повноцінного прийому їжі перед проведенням допиту – 29 %; 2) розміщення місця допиту особи подалі від себе (в іншій частині кабінету) – 34 %; 3) особисте використання медичної пов'язки (маски) – 21 %; 4) особисте використання медичної пов'язки (маски) та надання її допитуваному – 21 %; 5) відкриття вікон та дверей у приміщенні за

для створення протягу – 17 %; б) надання допитуваному окремих канцелярських засобів – 99 %; 7) здійснення вологого прибирання із застосуванням антисептичних засобів після закінчення допиту – 34 %; 8) вжиття горілки після проведення допиту – 2 %.

Нами виявлено, що лише близько п'ятої частини опитаних співробітників, наголосили на обов'язковому застосуванні ними масок, та наданні допитуваному маски, а також створення протягу у кабінеті, як основних засобах індивідуального захисту органів дихання від повітряно-крапельного шляху інфікування. У свою чергу, декілька співробітників помилково вбачають позитивною мірою захисту від інфікування – вжиття алкоголю, після контакту з хворим на ТБ. Наголошуємо, що вживання алкоголю лише зменшує опірну здатність імунітету по боротьбі з МБТ, що могли потрапити до організму.

Для розгляду організації та тактики проведення допиту в умовах ризику інфікування ТБ ми скористаємося загальноприйнятим поділом допиту на 3 етапи: 1) початковий – підготовча частина допиту; 2) основний або робочий етап; 3) заключний (або етап фіксації результатів допиту) [316, с. 257, 157, с. 96].

У межах розгляду питання уникнення ризиків інфікування на ТБ під час проведення допиту, найважливішим, на наш погляд, є момент одержання інформації про наявність у допитуваної особи вказаного захворювання.

Так, анкетуванням слідчих встановлено, що більшість з них отримують інформацію про наявність у допитуваної особи заразного туберкульозу: під час безпосереднього допиту цих осіб (51 %); під час допиту їх знайомих та родичів (24 %); з довідок медичних установ, після направлення відповідного запиту (21 %); особисто визначають за зовнішністю допитуваного (4 %).

У випадку, коли слідчий не володіє інформацією стосовно наявності у потенційно допитуваної особи відкритої форми ТБ, то він, в першу чергу, зобов'язаний вжити заходів, спрямованих на якнайшвидшу ідентифікацію вказаної хвороби. Це можливо за допомогою перевірки особи на

приналежність до груп підвищеного ризику, а також за допомогою спостереження за поведінкою особи та її зовнішнім виглядом.

Розглядаючи варіант проведення вказаної СРД, а саме проведення допиту особи хворої на відкриту форму ТБ дихальних шляхів у своєму робочому кабінеті, варто зазначити, що одним із найважливіших засобів уникнення ризику інфікування під час проведення допиту займають саме організаційно-підготовчі заходи.

Вказаний варіант проведення допиту осіб, хворих на ТБ дихальних шляхів є на теперішній час найбільш поширеним. Відповідно до проведеного нами анкетування, слідчі у 99% випадків допитують вказану категорію осіб саме у своєму робочому кабінеті.

Пропонуємо не розглядати сутність кожного із організаційно-підготовчих заходів допиту, оскільки вони були предметом досліджень багатьох вчених-криміналістів та на теперішній час досліджені належним чином. Ми лише зупинимось на тих **організаційних та тактичних заходах підготовки**, які спрямовані на уникнення ризику інфікування слідчого під час проведення допиту осіб, хворих на заразний ТБ.

Перший організаційно-підготовчий захід це *ретельне, повне та всебічне вивчення матеріалів кримінального провадження, за яким планується проведення допиту.*

Як зазначають науковці, вивчення слідчим матеріалів справи є необхідною передумовою успішного проведення допиту [90, с. 14]. У першу чергу, вказаний захід покликаний на визначення та формулювання необхідних запитань допитуваній особі, а також на обрання необхідних тактичних прийомів (комбінацій), що будуть найбільш доцільні та ефективні під час допиту. З точки зору уникнення ризику інфікування ТБ, вивчення матеріалів кримінального провадження може дозволити слідчому встановити наявність у допитуваної особи вказаного захворювання. Така інформація може міститися у попередньо проведених допитах родичів хворого, довідок з медичних установ, в характеризуючих матеріалах тощо.

Вважаємо, що інформацію про наявність захворювання можна поділити на два види – безпосередню та опосередковану.

Прикладом безпосередньої інформації може слугувати довідка з тубдиспансеру або пенітенціарної установи, де конкретно встановлено або підтверджено діагноз особи.

Що стосується опосередкованої інформації, то під нею розуміємо дані, що отримані внаслідок спостереження некомпетентних у галузі медицини або сторонніх осіб, які побічно вказують на ознаки захворювання у особи, яку планується допитати. Наприклад у допиті свідка вказано, що він чув як стороння особа, що, підозрюється у скоєнні крадіжки майна, на протязі тривалого часу гучно кашляла та важко дихала, що супроводжувалось відхаркуванням та спльовуванням мокротиння. Або у протоколі допиту неповнолітнього потерпілого зазначено, що особа, яка шляхом обману заволоділа його мобільним телефоном була худорлявої статури, бліда, мала асиметрію у плечах (праве вище лівого), важко дихала, сильно пітніла та постійно кашляла.

Також прикладом опосередкованої інформації про наявність захворювання можуть слугувати матеріали протоколів огляду місця події (ОМП) або обшуку. З цього приводу слушною є думка В.Ю. Шепітька, про те що дослідження та аналіз результатів таких слідчих дій, як ОМП і обшук може бути корисним для висування версій про механізм учинених злочинів та осіб, які їх вчинили [330, с. 273]. Практично, побічна інформація про наявність захворювання у вказаних протоколах СРД може виглядати наступним чином: у протоколі огляду зазначено, що «на місці скоєння кримінального правопорушення (крадіжки майна з квартири) виявлено та вилучено носову хустину, на поверхні якої міститься слиз зеленого кольору із прожилками речовини бурого кольору. В поясненні васників приміщенні відзначено, що виявлена хустина не належить мешканцям вказаної квартири та, імовірно, належить особі, що скоїла вказане кримінальне правопорушення».

Подібна інформація повинна насторожити слідчого на думку стосовно наявності у особи, що скоїла злочин відкритої форми ТБ.

Зазначимо, що попередня поінформованість слідчого про наявність у особи ТБ є вкрай важливою з точки зору організації та тактики проведення допиту. В першу чергу, така інформація стане поштовхом для вжиття слідчим заходів інфекційного контролю, що в свою чергу додасть йому впевненості та дозволить сконцентруватися саме на проведенні СРД. Це підтверджується результатом проведеного анкетування працівників слідчих підрозділів Національної поліції України, відповідно до якого, на запитання: «про відчуття труднощів під час допиту особи, хворої на активний туберкульоз?» позитивну відповідь надали 88 % з причини хвилювання за власне здоров'я. На наявність вказаної хвороби у допитуваного не зважають 7 % опитаних та ще 5 % вказали, що це залежить від поведінки допитуваного.

У свою чергу, працівники слідчих підрозділів, які надали ствердну відповідь щодо відчуття труднощів під час допиту хворої на ТБ особи зазначили, що здебільшого такий допит викликає у них тривогу (45 %); страх (28 %), та навіть стресовий стан (15 %).

Відповідно, якість проведення СРД знижується. Хвилювання за власне здоров'я викликає складність у зосередженні на предметі допиту, деталях події тощо. Як наслідок, це може бути причиною необхідності проведення додаткових, повторних допитів цієї особи, що, відповідно, збільшує ризик інфікування через частоту контакту із джерелом інфікування.

Окрім того, у стресовому стані, під час емоційної виснаженості знижується імунітет та збільшується вірогідність захворювання, що ми детально описували у підрозділі 1.2 дисертаційного дослідження.

Наступним розглянемо такий організаційно-підготовчий захід як *визначення послідовності проведення допитів*.

Вважаємо, що встановивши наявність або підозру на наявність відкритої форми ТБ у допитуваного, працівник правоохоронного органу, що проводить вказану СРД мусить організувати її проведення таким чином, щоб

ізолювати хворого на ТБ допитуваного до іншого приміщення, де буде забезпечено належні заходи протитуберкульозного інфекційного контролю, або унеможливити потрапляння сторонніх осіб у приміщення, де знаходиться хворий.

Провівши у своєму робочому кабінеті допит хворого на ТБ, слідчий наражає на небезпеку своїх колег та інших сторонніх осіб, які будуть відвідувати вказане приміщення на протязі, щонайменше, 6 годин після того, як особа із відкритою формою ТБ залишить кабінет слідчого. Як вихід із цієї ситуації, пропонуємо запланувати проведення допиту таких осіб після 16:00, тобто в кінці робочого дня.

Особливо вразливими у такому разі є особи, що віднесені до груп підвищеного ризику. Однак, найбільшу загрозу для життя становить перебування у такому приміщенні ВІЛ-позитивним особам.

Підтвердженням цього є аналіз, проведений доктором медичних наук, професором В.М. Мельником, який зазначив: «ми проаналізували 142 хворих на СНІД, з яких у 49,3 % розвинувся туберкульоз. Їх лікували тільки від туберкульозу, бо на лікування СНІДу не було грошей. Адже антиретровірусні препарати треба приймати все життя, а річна вартість їх становить близько 120 тис. доларів США. Результати плачевні. Припинення бактеріовиділення у цих хворих досягнуто лише в 10,59 %, зменшилися каверни – у 31,74 % хворих, а інші 57,65 % хворих на туберкульоз і СНІД померли» [174]. Ще одним підтвердженням є статистичні дані стосовно летальних випадків від ко-інфекції «ВІЛ-туберкульоз», що були проаналізовані нами у підрозділі 1.2 дисертаційного дослідження.

Якщо наступним допитуваним слідчий визначив ВІЛ інфіковану особу, то він має обрати інше приміщення для проведення допиту. У випадку не володіння слідчого інформацією про можливий ВІЛ-позитивний статус наступного допитуваного, він зобов'язаний проаналізувати його можливе відношення до груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ та вжити заходів до проведення допиту як із потенційно ВІЛ-позитивним. Однак,

виникають незручності, що пов'язані із необхідністю обрання іншого приміщення для проведення наступного допиту. У першу чергу це пов'язане із відсутністю вільного робочого місця, а також із необхідністю переміщення комп'ютерної та друкувальної техніки.

Таким чином визначення черговості допитів повинно бути побудоване слідчим таким чином, аби після проведення допиту хворого на ТБ було належним чином унеможливлено зараження сторонніх осіб, які наступними будуть запрошені до проведення допитів або інших процесуальних чи СРД, інфекційним аерозолем.

Наступний, не менш важливий з точки зору уникнення ризику інфікування ТБ організаційно-підготовчий захід – це *вивчення особистості допитуваного*.

Неможливо не погодитись з думкою Н.В. Павлової, стосовно того, що вивчення особистості допитуваного є найважливішою тактичною вимогою підготовки до будь-якого допиту [201, с. 117].

Важливо також вивчити особу допитуваного на можливу наявність ТБ, що можливо зробити з джерел, детально описаних нами у **підрозділі 1.2** дисертаційного дослідження.

Визначення часу та тривалості проведення допиту.

Час та тривалість допиту є визначальним в частині ризику інфікування ТБ, оскільки важливий не лише момент та конкретний час проведення допиту, але і його тривалість.

Це обґрунтовується тим, що тривалість комунікативного контакту з особою, що хвора на відкриту форму ТБ є одним із показників, що суттєво впливає на ризик інфікування. Чим більший проміжок часу хвора особа перебуває у приміщенні, тим більша концентрація МБТ утворюється та залишається потім у повітрі.

Відповідно до ч. 2 ст. 224 КПК України допит не може продовжуватися без перерви понад дві години, а в цілому – понад вісім годин на день [148]. Втім, за даними проведеного нами анкетування у 93 випадків слідчі,

отримавши інформацію про наявність у допитуваного відкритої форми ТБ, намагаються максимально скоротити тривалість проведення допиту. Ще 67% повідомили, що роблять перерви у допиті з метою провітрювання службового кабінету.

Проведене нами інтерв'ювання працівників ПТЗ дозволяє зробити висновок, що за необхідності проведення допиту хворої на ТБ особи понад 1 годину, мінімізувати ризик інфікування допоможе перерва, під час якої приміщення буде належним чином провітрене. На час перерви слідчому необхідно вивести допитуваного на свіже повітря та у випадку використання медичної маски, – замінити її. Після перерви, допит може бути продовжено.

Зазначимо, що законодавчо не визначена тривалість перерви. Д.О. Шингарьов, пропонує строк перерви в українському КПК закріпити на рівні не меншому, ніж тридцять хвилин [334, с. 87]. Ми вважаємо за можливе покласти прийняття рішення про визначення тривалості перерви на слідчого, та цілком погоджуємося із пропозицією вченого, розглядаючи її з точки зору забезпечення мінімізації ризику інфікування ТБ. Відповідно повноцінне провітрювання приміщення після перебування там хворого на ТБ, мусить тривати не менше 30 хвилин.

Стосовно часу проведення першого допиту, то законодавством встановлено, що підозрюваний допитується негайно після затримання, а при неможливості негайного допиту – не пізніше 24-х годин після затримання [148]. Інших строків допиту не встановлено, що свідчить про надання слідчому можливості самостійно обирати час проведення допиту.

Втім, часу повинно повною мірою вистачати на детальну та ретельну підготовку до проведення допиту, особливо у випадку допиту хворих на ТБ осіб.

Наступним організаційним заходом підготовчого етапу допиту, що значною мірою впливає на ризик інфікування ТБ є *обрання місця проведення допиту*.

Саме місце проведення допиту хворих на відкриту форму ТБ є одним із найзначущих критеріїв поширення вказаного недугу.

Чинним законодавством України, зокрема ч. 1 ст. 224 КПК встановлено, що допит проводиться за місцем проведення досудового розслідування або в іншому місці за погодженням із особою, яку мають намір допитати [148]. Відповідно, найчастіше, місцем проведення допиту виступає службовий кабінет слідчого/дознавача.

Розглядаючи наявність у допитуваного заразного ТБ дихальних шляхів потрібно мати на увазі, що не кожен, хто хворіє на вказаний недуг, перебуває на стаціонарному лікуванні, а також те, що проведення у ПТЗ СРД, зокрема допиту, потребує належної підготовки та дозволу від керівництва установи, а також спеціальних знань особи стосовно інфекційного контролю.

Проведення допиту в ПТЗ мінімізує можливість розповсюдження інфекції в службових приміщеннях відділів поліції, зараження працівників та сторонніх осіб.

Обравши місцем проведення допиту особи, хворої на ТБ, свій робочий кабінет, слідчий повинен знати та реалізувати усі заходи інфекційного контролю у вказаному приміщенні. Ми пропонуємо облаштувати свій робочий кабінет, відповідно до наданих порад завчасно, аби в подальшому не витратити на це час.

Найголовнішими заходами, що покликані на зменшення ризику інфікування слідчого та інших осіб в такому випадку будуть:

1) унеможливлення доступу до приміщення сторонніх осіб (під час проведення допиту хворих на активний ТБ на двері кабінету доцільно вішати табличку з написом, категорично забороняючим заходити в кабінет);

2) забезпечення природної та механічної вентиляції приміщення із забезпеченням потоку повітря від чистого до забрудненого (робоче місце слідчого повинно бути розташоване з підвітряної сторони та має постійно контролюватися потік повітря, зокрема, це можливо робити за допомогою підручних матеріалів, наприклад, аромапаличок, які димлять та показують

напрямок руху повітря. Варто враховувати, що на потік повітря впливають погодні умови, тиск, пора року та температурний режим, зокрема робота радіатора, батареї тощо);

3) дотримання нормування площі робочого місця, аби забезпечити відстань до допитуваного не менше 2-2,5 метрів;

4) індивідуальний захист органів дихання та забезпечення принципу дотримання особистої гігієни під час респіраторних актів хворим допитуваним;

5) забезпечення можливості ретельної дезінфекції приміщення після проведення допиту (до початку проведення допиту з приміщення бажано винести усі речі, які не будуть задіяні та звільнити максимум простору, аби прибирання було простішим та було менше поверхонь, де може осісти МБТ у вигляді пилу) тощо;

б) бажано облаштувати кабінет бактерицидним екранованим УФ-опромінювачем, або УФ-опромінювачем закритого типу (установка однієї екранованої 17 Вт УФ-лампи по ефективності еквівалентно 10-кратному повітрообміну в не вентилярованому приміщенні при використанні вентилятора [125]. Використання екранованих УФ-опромінювачів на 70-80% знижує аерогенну передачу ТБ [1].

Наступним організаційно-тактичним заходом підготовки до допиту є *підбір речових доказів та інших матеріалів для пред'явлення (демонстрації) допитуваному.*

З точки зору зменшення ризику інфікування, вказаний захід є важливим, оскільки дає змогу слідчому підготувати речові докази, які він планує продемонструвати допитуваному. Підготовку слід здійснювати таким чином, аби МБТ з дихальних шляхів або рук, одягу тощо хворого допитуваного не потрапили на речові докази та інші матеріали, які слідчий планує пред'явити (продемонструвати) та не створили в подальшому загрозу для слідчого та інших осіб, які також будуть контактувати з цими речами або паперами.

Особливого значення це набуває, коли предмети особа має взяти до рук, а також не прикриває ніс та рот медичною маскою, внаслідок чого часточки слини з МБТ можуть осідати на продемонстрованих предметах. Тому, у разі визначення слідчим необхідності продемонструвати певні об'єкти, він повинен продумати найбільш безпечний спосіб реалізації вказаного заходу.

Так, якщо демонструються фотознімки, схеми, плани як додатки до протоколів СРД, вони мають бути поміщені у файли, котрі після проведення вивертаються назовні, поміщуються в інший пакет, куди також складаються всі використані маски, рукавички тощо, якими користувався допитуваний та утилізуються.

У разі демонстрації більш об'ємних предметів, за необхідності передачі їх в руки допитуваному, вони мають бути поміщені у більші поліетиленові пакети, або обмотані харчовою плівкою, яка потім також утилізується.

Визначення учасників проведення допиту та присутніх осіб.

Важливим аспектом вказаного організаційно-тактичного заходу є забезпечення безпеки присутніх осіб та інших учасників допиту від ризику інфікування.

Чинним законодавством визначено досить широке коло осіб, що є учасниками кримінального провадження. Тому, вирішуючи питання про їх залучення під час проведення хворих на відкриту форму ТБ осіб, потрібно виходити з міркувань тактичної необхідності та законності.

Розглядаючи ситуацію, за якої існують підстави обов'язкової участі у проведенні допиту особи хворої на заразний ТБ, інших учасників кримінального провадження, зокрема захисника, перекладача тощо, слідчий зобов'язаний вжити заходів, спрямованих на захист таких осіб від ризику інфікування.

Враховуючи матеріальний аспект, забезпечення таких учасників допиту засобами індивідуального інфекційного захисту є досить коштовним. Тому, вважаємо, що слідчий повинен заздалегідь попередити таких осіб про

діагноз допитуваної особи та роз'яснити, які саме засоби індивідуального захисту їм знадобляться. Крім того, на слідчого покладається обов'язок роз'яснення таким особам правил поведінки та особистої гігієни під час проведення СРД та після неї, а також доведення інформації, стосовно заборони розголошення відомостей, що становлять лікарську таємницю.

Стосовно залучення необов'язкових учасників допиту, можемо зазначити наступне. Аналіз інтерв'ювання працівників слідчих підрозділів свідчить про те, що, здебільшого, вони не користуються правом залучення понятих під час проведення допиту. Доволі рідкими є випадки залучення спеціалістів.

Варто зазначити, що розслідування злочинів у сучасних умовах неможливе без широкого використання спеціальних знань [7, с. 57]. Тому нехтувати допомогою спеціаліста під час проведення допиту не потрібно.

З точки зору перестороги слідчого стосовно ризику інфікування спеціаліста під час допиту хворого на ТБ учасника розслідування, варто зауважити, що при дотриманні інфекційного контролю, вказаний ризик зводиться до мінімуму. Тому, тактично не виваженим є уникнення залучення спеціалістів та інших осіб через страх наразити їх на небезпеку інфікування. Рішення про їх залучення повинно прийматися відповідно до слідчої ситуації.

Щодо участі понятих під час проведення допиту хворої на заразний ТБ особи, вважаємо, що їх залучення є небажаним. В разі необхідності, слідчий може користуватися технічними засобами фіксації та безперервним відеозаписом.

Також, під час здійснення допиту хворого на заразний ТБ слід приділити увагу такому організаційному заходу як *забезпечення сприятливих умов проведення допиту*, який прийнято тлумачити як забезпечення слідчим відповідних умов для якісного проведення допиту із урахуванням необхідності гарантування безпеки його учасників [90; 108, с. 10].

Гарантування безпеки учасників допиту від ризику інфікування ТБ реалізується шляхом здійснення заходів інфекційного контролю.

Наступний організаційно-тактичний захід підготовки – це *ознайомлення зі спеціальною літературою або використання допомоги фахівців.*

З тактичної точки зору, вказаний захід важливий для забезпечення якісного розслідування провадження. Навіть залучення спеціаліста певної галузі до проведення допиту не виключає необхідності слідчого володіти знаннями щодо предмету допиту.

Під час підготовки до допиту хворих на ТБ, слідчому необхідно, окрім вище перелічених заходів, ознайомитися із спеціальною літературою стосовно вказаного недугу.

Нажаль, необхідно констатувати відсутність на теперішній час методичних рекомендацій працівникам слідчих підрозділів стосовно проведення допиту за участю хворих на заразний ТБ осіб, які б значно покращили становище слідчого з точки зору пошуку необхідної інформації та економії часу. Тому, перед здійсненням допиту за вказаних умов слідчому варто ознайомитись із медичною літературою, стандартами протитуберкульозного інфекційного контролю, або порадитись із фахівцями, зокрема в галузі пульмонології або фтизіатрії.

Також важливим заходом, спрямованим на уникнення ризику інфікування під час допиту хворого на ТБ є проведення *самоаналізу слідчого стосовно стану свого імунітету*, оскільки інфікуюча доза для зараження туберкульозом визначається також за рахунок сприйнятливості організму особи, що контактує із хворим [242].

Відповідно, приймаючи рішення про допит особи, хворої на ТБ у своєму кабінеті, слідчий мусить здійснити наступні заходи: 1) впевнитись у відсутності захворювань дихальних шляхів (ОРВІ, бронхіту тощо) та інших запальних процесів; 2) допускати контакт із хворим лише при гарному самопочутті; 3) здійснювати допит лише після повноцінного прийому їжі;

4) перевірити наявність та стан засобів індивідуального інфекційного захисту; 5) не вступати у контакт із хворим, у разі перебування у стані хронічного стресу.

Виконавши усі організаційно-тактичні заходи підготовки до допиту та здійснивши організаційні дії з мінімізації ризиків інфікування, слідчий переходить до наступного етапу проведення допиту – **робочого**.

Обираючи тактику допиту особи, хворої на відкриту форму ТБ органів дихання слідчий, з поміж іншого, повинен враховувати слідчу ситуацію.

Заслуговує на увагу думка В.В. Баранчука, про те що врахування слідчих ситуацій має важливе для прогнозування ходу СРД, визначення систем тактичних прийомів, які можуть бути використані для встановлення психологічного контакту в процесі проведення слідчої дії, для визначення тактичної лінії поведінки слідчого (прокурора), і, відповідно, для найбільш ефективного проведення СРД та підвищення якості її результатів [31, с. 133].

Спрогнозувати ситуацію допиту часто дозволяє попередня бесіда слідчого із допитуваним, яка дозволяє краще зрозуміти настрій допитуваного, його темперамент, а також, у випадку непоінформованості слідчого про стан здоров'я особи, дасть змогу поставити уточнюючі запитання стосовно самопочуття та наявності небезпечних захворювань.

Однак, найбільш ризикованою ситуацією під час допиту хворого на ТБ є встановлення на підготовчому етапі допиту темпераменту допитуваного як холерика та виникнення конфлікту під час допиту такої особи.

У цьому випадку слід передбачити, що під час спілкування з такою особою її реакція може мати прояв бурхливої, агресивної, дратівливої, що в свою чергу, може вплинути на недотримання особою заходів індивідуального інфекційного контролю та особистої гігієни під час респіраторних актів. Крім того, прояв агресії допитуваного може мати вияв у нанесенні тілесних ушкоджень слідчому: ударах, укусах, навмисному кашлянні, плюванні в бік слідчого тощо, переслідуючи мету як зараження з мотивів помсти, зриву допиту, унеможливлення застосування тактичних прийомів, всебічного

з'ясування всіх обставин події. Тому слідчому слід обрати низку тактичних прийомів допиту, покликаних на усунення конфлікту та досягнення мети допиту, дотримуючись при цьому заходів особистого інфекційного контролю.

Заслуговує на увагу проведене нами анкетування працівників слідчих підрозділів, за результатами якого 87% проанкетованих слідчих зазначили, що під час допиту осіб, хворих на ТБ, вони зменшують кількість тактичних прийомів.

Однак, лише належна організація підготовчого та відповідне тактичне забезпечення робочого етапу допиту осіб, хворих на активний ТБ органів дихання, дозволить слідчому почувати себе впевнено, безпечно та надасть змогу використовувати ширше коло тактичних прийомів, що, відповідно вплине на результативність допиту. Нехтування застосуванням певних тактичних прийомів, викликане бажанням скоротити час проведення допиту та, в свою чергу, тривалість перебування поруч із хворим на ТБ.

Отже, з точки зору тактики проведення допиту, у разі необхідності слідчого застосувати тактичний прийом *«викладення показань у формі вільної розповіді»*, яким нехтують 68 % проанкетованих слідчих допитуючи хворого на ТБ, вважаємо цілком можливим його використання, роблячи після нього перерву. За час перерви приміщення буде провітрене та у слідчого буде час підготувати перелік уточнюючих, деталізуючих та інших запитань, які він планує поставити допитуваному. Окрім того, слідчий зможе обміркувати почуту в ході вільної розповіді інформацію, визначити ключові обставини події, невідповідності (прогалини) у свідченнях, на яких необхідно детально зупинитися. Тривалість допиту без перерви не повинна перевищувати 1-ї години, а перерва повинна складати не менше 30 хвилин, після чого допит можна продовжувати.

У цей же час починається *встановлення психологічного контакту* з допитуваним, що є необхідним, на думку 94% проанкетованих слідчих.

Психологічний контакт, як слушно зазначає В.М. Плетенець, завжди має двосторонній характер, його встановлення і підтримання залежать як від слідчого, так і від допитуваного, хоча ініціатива повинна належати слідчому. Існує двосторонній контакт, в якому допитуваний відчуває, що він становить для слідчого певний інтерес. Тому, встановлення психологічного контакту вимагає від слідчого знання психології допитуваного. Він повинен враховувати його індивідуально-психологічні особливості, типологічні якості, психічний стан на момент допиту, життєвий досвід та ін. [210]

У випадку встановлення психологічного контакту із хворим на ТБ, слідчому також доречно проявити цікавість щодо стану допитуваного та, за необхідності, підбадьорити його.

Обов'язково слід проявляти толерантну поведінку, що попереджатиме негативне ставлення до особи. Встановленню психологічного контакту з допитуваним сприятимуть вислови слідчого, які не торкатимуться хвороби особи, на кшталт: «Я не маю наміру Вас на довго затримувати, аби Ви не втомлювалися та мали змогу відпочити; працюватимемо злагоджено та швидко», або «Нам потрібно з'ясувати багато інформації, що може зайняти тривалий час, тому робитимемо перерву, аби Ви мали змогу перепочити».

Також важливим аспектом встановлення психологічного контакту буде роз'яснення правил поведінки під час допиту та повідомлення стосовно дотримання правил гігієни респіраторних актів, а також надання допитуваному засобів індивідуального інфекційного захисту, зокрема медичної пов'язки та рукавичок. Здійснювати ці заходи слідчий повинен тактовно, з повагою до допитуваного, не допускаючи приниження честі та гідності особи, а також стигматизації хворого.

Наступним тактичним прийомом, який використовують під час допиту 87 % проанкетованих нами слідчих є «*постановка запитань*». Під час інтерв'ювання слідчі аргументували свою позицію тим, що вони краще одразу поставлять допитуваному запитання, які їх цікавлять, не даючи можливості дати показання у формі вільної розповіді. На думку слідчих,

допитувана особа, розповідаючи про події самостійно, часто відхиляється від предмету допиту та надає багато зайвої інформації. Тому, аби скоротити час проведення допиту, вони вважають доречним переходити одразу до постановки запитань. Лише деякі слідчі вказали на те, що коли особа бажає співпрацювати зі слідством, вони надають їй можливість самостійно розповісти про події, фіксують їх у протоколі допиту та якнайшвидше припиняють контакт із хворим допитуваним, або ж дають можливість власноруч викласти свої показання у протоколі допиту.

Говорячи про тактичний прийом *«спостереження за поведінкою допитуваного»*, то варто погодитись із думками вчених, які зауважують, що при проведенні допиту слідчий/прокурор отримує різні види інформації, також і в невербальній формі, природно зумовлених ознак комунікації: міміка обличчя і жести тіла, які постійно супроводжують мовне спілкування і певною мірою відтворюють істинну реакцію особи на сприйняту інформацію [9, с. 34.].

Ми цілком погоджуємось з думкою О.П. Ващук, яка стверджує, що дані про ознаки, властивості, емоційний та інформаційний стани допитуваного, отримані слідчим на всіх стадіях допиту, під час детального аналізу його вербальної і невербальної складових поведінки позитивно й ефективно сприяють миттєвому орієнтуванню слідчого в ситуації, одночасному вибору ним оптимальної лінії власної поведінки для досягнення загальної мети допиту [51, с. 237].

Допитуючи осіб, що хворі на ТБ, спостереження за невербальною складовою може викликати деякі труднощі. Під час проведення допиту хворого на заразний ТБ у власному кабінеті, ми наголошували на тому, що одним із засобів індивідуального інфекційного захисту є одягнення на допитуваного медичної маски. При цьому, можемо констатувати, що медична маска закриває близько 50 % обличчя людини (нижню половину). Таким чином значно зменшується можливість слідчого спостерігати за мімікою допитуваного.

На думку Є.В. Пряхіна та Н.І. Когута, мімічні ознаки обману найбільш повно та детально можливо дослідити через мікровираження, які необхідно умовно поділити на певні зони, а саме: ознаки на лобі, роті та очах [248]. Внаслідок застосування допитуваним засобів індивідуального інфекційного захисту, слідчому залишається контролювати невербальну інформацію з мімічних проявів зони очей та лоба. Однак, важливо при цьому володіти знаннями з психології та фізіогноміки.

Крім того, під час допиту осіб, що хворі на активний ТБ органів дихання, ускладнюється процес розпізнання інших невербальних проявів. Наприклад, підвищене потовиділення допитуваного, яке може бути розцінене як прояв переживання або брехні, насправді, може бути викликане особливостями протікання ТБ. Те ж саме стосується індивідуальних особливостей голосу, що можуть спотворюватись внаслідок хвороби. Тобто хвилювання особи можуть бути пов'язані не так із ходом проведення СРД, як із усвідомленням та перебігом захворювання.

Однак, залишається інтонація, жестикуляція тощо котрі мають бути використані слідчими для аналізу відповідності вербальній інформації допитуваного.

Наступними тактичними прийомами, які у 71% та 88 % скорочують слідчі, допитуючи хворих на ТБ осіб, це – *створення уявлення про поінформованість та пред'явлення доказів відповідно.*

Однак, Д.В. Затенацький відносить описані вище тактичні прийоми до засобів *актуалізації в пам'яті людини ідеальних слідів* [93, с. 134], чим користуються 52 % проанкетованих слідчих.

Здебільшого, рішення слідчого про відмову у використанні вказаних тактичних прийомів зумовлене пересторогою від потрапляння на вказані об'єкти МБТ з рук, одягу або дихальних шляхів допитуваного та виникнення ризику інфікування під час подальшого контакту слідчого та інших осіб із вказаними об'єктами.

Таким чином, уникаючи контактного шляху інфікування слідчий може використовувати такі тактичні прийоми як ознайомлення допитуваного з фрагментами показань інших осіб та пред'явлення доказів уникаючи при цьому передачі вказаних об'єктів до рук допитуваного. Здійснити вказані прийоми можливо шляхом усного зачитування або переказу показань інших осіб, або шляхом демонстрації об'єктів на відстані. У разі визначення слідчим необхідності надати допитуваній особі до рук певні докази, наголошуємо, що вони повинні бути заздалегідь підготовлені, відповідно до вимог, викладених нами при розгляді підготовчого етапу допиту.

Найменшою популярністю серед проанкетованих слідчих користується такий тактичний прийом як – *застосування звуко- та відеозаписувальних технічних засобів* під час допиту осіб, хворих на заразний ТБ. Відповідно до проведеного нами аналізу, ним користується лише 2% слідчих Національної поліції України.

Здебільшого, такий рівень використання звуко-, відеозапису під час проведення допиту хворих на ТБ пояснюється загальною низькою поширеністю застосування науково-технічних засобів під час проведення допиту. Аналіз проведеного нами анкетування свідчить, що за звичайних умов проведення допиту, статистика застосування аудіозапису та відеозйомки така ж сама, та становить, відповідно лише 2 % від загальної кількості проведених допитів.

Ми наголошуємо, що такий рівень застосування науково-технічних засобів фіксації є невиправдано низьким, оскільки він, зокрема, сприяє прискоренню і полегшенню діяльності слідчого з криміналістичної та кримінально-процесуальної точки зору.

Під час допиту осіб, що мають відкриту форму ТБ, застосування звуко- та відеозаписувальних технічних засобів, з-поміж інших переваг, дозволить слідчому значно скоротити час допиту.

Здебільшого це реалізується під час **заключного етапу допиту** – фіксації ходу та результатів допиту. Відповідно до ч. 2 ст. 104 КПК України

«у випадку фіксування процесуальної дії під час досудового розслідування за допомогою технічних засобів про це зазначається у протоколі. Якщо за допомогою технічних засобів фіксується допит, текст показань може не вноситися до відповідного протоколу за умови, що жоден з учасників процесуальної дії не наполягає на цьому. У такому разі у протоколі зазначається, що показання зафіксовані на носії інформації, який додається до нього» [148]. Таким чином, слідчий може скоротити час, необхідний для запису (друку) показань допитуваного у протоколі допиту.

Протокол є обов'язковою формою фіксації допиту. Для підписання протоколу допиту бажано надавати допитуваному окремі канцелярські засоби. У випадку допиту осіб із відкритою формою ТБ, канцелярські засоби, якими користувався допитуваний необхідно утилізувати, або продезінфікувати 70% розчином спирту чи ретельно промити проточною водою.

Крім того, заключний етап допиту осіб, хворих на ТБ, що проводився у кабінеті слідчого, характеризується застосуванням дезінфекційних заходів у приміщенні.

Однак, зазначимо, що виконання прибирання кабінету та дезінфекційних заходів не передбачено посадовою інструкцією слідчого. Відповідно, слідчий вимушений їх виконувати задля забезпечення особистої безпеки та безпеки оточуючих, за рахунок особистого або робочого часу. Останній міг би бути використаний слідчим більш раціонально та ефективно з точки зору реалізації своєї основної функції – швидке, повне та неупереджене здійснення досудового розслідування кримінальних правопорушень, що прямо передбачено не тільки посадовими обов'язками зокрема, а і чинним законодавством в цілому.

Отже, на підставі вище викладеного, можемо резюмувати наступне.

Проведене нами дослідження дозволяє наголосити на відсутності потенційної загрози інфікування ВІЛ під час проведення допиту у порівнянні з високою ймовірністю зараження ТБ, що обумовлює необхідність

дотримання заходів інфекційного контролю. Доведено думку про те, що для проведення допиту хворої на ТБ особи, слідчий повинен володіти знаннями та мати відповідні навички з дотримання заходів протитуберкульозного інфекційного контролю.

Особливу увагу слід прділити організаційним та тактичним заходам з підготовки до проведення допиту, зокрема: ретельному та всебічному вивченню матеріалів кримінального провадження на предмет безпосередньої та опосередкованої інформації про наявність у допитуваного ТБ; визначення послідовності допитів – з метою уникнення контакту хворого на ТБ з іншими особами; визначення часу та тривалості допитів, з акцентом на необхідність робити перерви; обрання та належне облаштування місця проведення допиту; підбір речових доказів та інших матеріалів для пред'явлення допитуваному; визначення учасників та присутніх осіб; забезпечення сприятливих умов проведення допиту, з урахуванням необхідності гарантування безпеки учасників; ознайомлення зі спеціальною літературою, або використання допомоги фахівців; самоаналіз стосовно стану свого імунітету.

Якісне тактичне забезпечення робочого етапу допиту осіб, хворих на активний ТБ, дозволить слідчому почувати себе впевнено, безпечно та надасть змогу використовувати ширше коло тактичних прийомів, що, відповідно вплине на його результативність.

2.2. Тактика проведення одночасного допиту (двох або більше) раніше допитаних осіб, за участі ВІЛ-інфікованої, хворої на СНІД або туберкульоз особи

У криміналістичній літературі та практичній діяльності слідчих підрозділів одночасний допит двох або більше раніше допитаних осіб відомий як дієвий засіб усунення причин розбіжностей у їхніх показаннях,

хоча вказана СРД характеризується певною складністю і трудомісткістю під час підготовки та проведення.

Більш поглибленого дослідження, на наш погляд, потребують питання організації та тактики проведення одночасного допиту за участі ВІЛ-інфікованої, хворої на СНІД або ТБ дихальних шляхів особи. Враховуючи той факт, що за своїм зовнішнім вираженням вказана СРД являє собою комунікативний контакт як мінімум трьох (з урахуванням слідчого), а у деяких випадках – і більшої кількості осіб, зростає як ризик, настання негативних наслідків проведення одночасного допиту, так і ризик інфікування переліченими хворобами особи, котра проводить одночасний допит, а також інших учасників СРД та присутніх осіб.

З огляду на це, особливу увагу слід приділити питанню встановлення доцільності проведення одночасного допиту, розглядаючи це, зокрема, з точки зору забезпечення безпеки учасників СРД.

Відповідно до абз.1 ч. ст. 224 КПК України слідчий, прокурор має право провести одночасний допит двох чи більше вже допитаних осіб для з'ясування причин розбіжностей у їхніх показаннях [148]. Виходячи з цього, більшість науковців тлумачать вказану СРД, як одночасний допит раніше допитаних осіб про обставини, відносно яких були дані істотно суперечливі показання [275, с. 25; 146, с. 284].

Деякі науковці не погоджуються із таким законодавчим визначенням. Зокрема, щодо необхідності доповнення тексту вказаної статті словом «істотні», наголошує і С.Ю. Карпушин, пропонуючи викласти п. 1 ч. 9 ст. 224 КПК України у такій редакції: «Слідчий, прокурор має право провести одночасний допит двох чи більше вже допитаних осіб для з'ясування істотних причин розбіжностей у їхніх показаннях» [110].

Ми також поділяємо думку Є.Д. Лук'янчикова, який зазначає, що підставою проведення одночасного допиту є наявність суттєвих протиріч в показаннях раніше допитаних осіб [166, с. 30]. Справедливою є також думка науковців, які пропонують вирішувати питання істотності суперечностей та

доцільності проведення одночасного допиту на підготовчому етапі проведення вказаної СРД, дотримуючись індивідуального підходу до кожного випадку.

Таким чином, нами взято за основу загальне розуміння поняття одночасного допиту як СРД, різновиду допиту, що полягає у допиті по черзі в присутності один одного двох чи більше вже допитаних за єдиними обставинами кримінального провадження осіб з числа свідків, потерпілих, підозрюваних, аналізі й безперервному порівнянню (співставленню) показань для з'ясування причин розбіжностей у них та спрямованої на перевірку отриманих доказів у конкретному кримінальному провадженні [281].

Враховуючи поширеність та значущість для отримання доказової інформації під час досудового розслідування, одночасний допит був предметом досліджень багатьох вчених-криміналістів та процесуалістів. Зокрема, таких як М.В. Багрій, Р.С. Белкін, П.Д. Біленчук, В.К. Весельський, Ю.В. Гаврилін, М.С. Гурєв, А.В. Дулов, М.М. Єфімов, В.А. Журавель, Є.П. Іщенко, С.Ю. Карпушин, В.К. Лисиченко, Є.Д. Лук'янчиков, Т.В. Михальчук, Г.Н. Мухін, Н.В. Павлова, І.Ф. Пантелєєв, В.М. Плетенець, І.О. Поліванова, М.І. Порубов, О.Р. Ратінов, М.В. Салтевський, О.В. Соловйов, С.М. Стахівський, В.М. Тертишник, В.В. Тіщенко, Л.Д. Удалова, К.О. Чаплинський, Ю.А. Чаплинська, В.Ю. Шепітько та інших.

Однак, не достатньо уваги було приділено тактиці проведення одночасного допиту за участі осіб, хворих на ВІЛ/СНІД та/або ТБ. Це обумовлює потребу більш детального висвітлення організаційно-тактичного забезпечення та питання проведення одночасного допиту за наявності у одного з учасників ВІЛ/СНІДу або заразної форми ТБ [232, с. 161].

Проведення одночасного допиту двох або більше раніше допитаних осіб, як і більшості СРД, складається з 3 етапів: підготовчого, робочого та заключного.

Особливо важливе місце у тактиці проведення одночасного допиту займають саме **організаційно-підготовчі заходи**. Добре організований

одночасний допит, як зазначає М.В. Салтевський, повинен проводитися активно, наступально, в максимально короткий проміжок часу, а керуючий вплив має бути спрямований на вирішення тактичних завдань [259, с. 201]. Неоднозначними є думки вчених-криміналістів стосовно організаційно-підготовчих заходів, що є необхідними для успішного проведення одночасного допиту. Різні думки висловлювали Ю.В. Гаврилін, М.Г. Шурухнов, В.Ю. Шепітько та М.В. Салтевський. Однак, найбільш широко та доречно, на нашу думку, вони описані Ю.А. Чаплинською, яка до найбільш суттєвих організаційно-підготовчих заходів відносить такі: 1) вивчення матеріалів кримінального провадження; 2) прийняття рішення про проведення одночасного допиту; 3) визначення часу та місця проведення одночасного допиту; 4) встановлення обставин, що підлягають з'ясуванню; 5) проведення додаткового допиту; 6) визначення осіб, між якими буде проведено одночасний допит, та черговості їх допиту; 7) добір учасників для проведення одночасного допиту; 8) психологічна підготовка учасників одночасного допиту; 9) визначення та підготовка технічних засобів фіксації одночасного допиту; 10) складання плану одночасного допиту [308].

Ми цілком погоджуємося з такою позицією вченої, однак вважаємо, що, враховуючи специфіку нашого дослідження, вказаний перелік потребує уточнення. Зупинимось детально на деяких із перелічених заходів.

Вивчення матеріалів кримінального провадження, прийняття рішення про проведення одночасного допиту та встановлення обставин, які підлягають з'ясуванню. Пропонуємо об'єднати вказані заходи під назвою «визначення доцільності проведення одночасного допиту», оскільки вважаємо, що під час визначення необхідності проведення одночасного допиту вказані заходи тісно пов'язані та цілком відображають сутність терміну «доцільність проведення».

Визначення доцільності проведення одночасного допиту є одним із найважливіших організаційно-тактичних заходів, оскільки, під час його проведення слідчий, прокурор, встановлюють наявність істотних

розбіжностей у показаннях учасників досудового розслідування. Необхідно зазначити, що наявність будь-яких розбіжностей у показаннях декількох осіб стосовно певної події чи обставин є досить поширеним явищем та може мати різну природу, оскільки кожна особа є індивідуальною та сприйняття нею навколишнього середовища також є індивідуальним. Таким чином, особі, що здійснює досудове розслідування та приймає рішення про необхідність проведення одночасного допиту, необхідно вміти розмежовувати сумніви помилки від умисного спотворювання інформації.

Виходячи з тексту п. 1 ч. 9 ст. 224 КПК України, ми можемо констатувати відсутність імперативу у проведенні одночасного допиту, як обов'язкової СРД, про що свідчить наявність словосполучення «може провести». Відповідно, законодавець наголошує нам на необхідності врахування істотності та змісту суперечностей у показаннях, аби уникнути формальності у проведенні вказаної СРД. Неправильним є проведення одночасного допиту між учасниками кримінального провадження, в показаннях яких відсутні істотні суперечності, стосовно предмету доказування, з метою фактичного закріплення наданих раніше показань.

Аналіз слідчої практики свідчить про непоодинокі випадки таких порушень під час розслідування кримінальних правопорушень за ст. 309 Кримінального кодексу України. Так, вивченням матеріалів досудового розслідування за вказаними фактами було встановлено, що у 63 % кримінальних проваджень слідчі проводили одночасний допит між підозрюваним та свідками, що були присутні під час проведення огляду його речей у якості понятих, за відсутності істотних суперечностей у показаннях. Метою проведення вказаної СРД було «додаткове закріплення» наданих раніше показань.

Як зазначає В.М. Плетенець, вивченням судово-слідчої практики встановлено, що більшість одночасних допитів проведено на кшталт допиту однієї особи у присутності іншої, без застосування відповідних тактичних прийомів, без усвідомлення кінцевої мети досліджуваної слідчої дії, що

свідчить про відсутність підготовки до проведення та планування розслідування [209].

Приймаючи рішення про доцільність проведення одночасного допиту за участі особи, хворої на ВІЛ/СНІД або ТБ, слідчий має розглядати вказане питання у трьох площинах:

- 1) процесуальній – що полягає у дотриманні вимог Кримінального процесуального кодексу;
- 2) криміналістичній – можливість проведення слідчої (розшукової) дії у відповідності до надбань науки криміналістики та напрацювань вчених;
- 3) конституційній – дотримання законних прав осіб, хворих на ВІЛ/СНІД та туберкульоз та мінімізація ризику інфікування слідчого та інших учасників одночасного допиту під час проведення СРД [232, с. 161].

Наявність у одного з учасників ВІЛ/СНІД не є перешкодою для проведення одночасного допиту [232, с. 162], враховуючи способи інфікування вказаним недугом, які були проаналізовані нами у підрозділі 1.1 дисертаційного дослідження.

Тому, проведення одночасного допиту особи, що має статус ВІЛ-інфікованої або хворої на СНІД разом із здоровою особою є цілком можливим без ризику її інфікування. Однак, у такому випадку, доречно приділити більше уваги такому організаційно-тактичному заходу з підготовки до одночасного допиту як **психологічна підготовка** відносно здорового учасника. Про це свідчить аналіз проведеного анкетування свідків та потерпілих у кримінальних провадженнях, відповідно до якого за наявності в них відомостей стосовно наявності у іншого учасника досудового розслідування ВІЛ/СНІДу 52% опитаних зазначили, що вони відмовляться від участі у слідчих діях за присутності такої особи; 21% опитаних вказали, що вони під будь-яким приводом залишать приміщення, де перебуває хвора особа; 19% дали відповідь, що їх психоемоційний стан не дозволить адекватно приймати участь у слідчих (розшукових) діях, де можлива присутність ВІЛ-інфікованого або хворого на СНІД та лише 3% зазначили,

що вони без вагань погодяться на проведення СРД за участі вказаних осіб та ще 5% дали відповідь, що вони погодяться на проведення слідчих дій, але будуть стурбовані.

На нашу думку, це, здебільшого, пов'язане із браком знань у населення стосовно шляхів передачі захворювання, наявністю стигматизації та дискримінації ВІЛ-інфікованих осіб у нашому суспільстві.

Наведені відомості демонструють, що лише близько 10 % населення поінформовано про цю хворобу та ризик зараження нею. Інші ж 90% потребують додаткових роз'яснювальних заходів з боку правоохоронців.

Психологічна підготовка учасників одночасного допиту полягатиме у переконанні здорового учасника в безпечності перебування в одному приміщенні з ВІЛ-інфікованим, роз'яснення шляхів та способів передачі вказаного захворювання та зверненням до медичних джерел, як доказу неможливості інфікуватися на ВІЛ повітряно-крапельним шляхом, через канцелярське приладдя тощо.

У свою чергу 94% проанкетованих слідчих зазначили, що вони вважають цілком безпечним та доцільним проведення одночасного допиту, за наявності в одного з учасників ВІЛ або СНІДу; 2 % зазначили про необхідність дотримання за таких умов заходів інфекційного контролю; ще 2 % зазначили щодо необхідності проведення одночасного допиту лише в режимі відеоконференції або у спеціально обладнаному приміщенні, де повною мірою учасники будуть ізольовані один від одного, але зможуть один-одного чути та бачити (наприклад у приміщенні, що розділене склом та має різні входи) та лише 2% проанкетованих слідчих надали відповідь, що відмовляться від проведення одночасного допиту за вказаних умов.

Також аналіз проведеного анкетування слідчих свідчить, що у 98% випадків, вони не будуть інформувати здорового учасника одночасного допиту, про наявність у іншого ВІЛ-позитивного статусу або СНІДу. На питання як впливає повідомлена інформація на емоційний стан учасника одночасного допиту 86% слідчих повідомили, що погіршується, що значно

ускладнює хід проведення дії та можливості результативного її проведення, 14% – наголосили, що явних ознак у цьому не вбачають.

Значно ретельнішого підходу у вирішенні питання доцільності проведення одночасного допиту потребують випадки наявності у одного з учасників заразного ТБ [232, с. 162].

Вважаємо неприпустимим проведення одночасного допиту двох або більше раніше допитаних осіб за таких умов, коли слідчий, в наслідок браку знань, часу або матеріально-технічного обладнання, не може у повній мірі забезпечити свою та безпеку інших учасників СРД, шляхом застосування усього спектру заходів інфекційного контролю.

Проведеним інтерв'юванням учасників кримінальних проваджень, незалежно від їх процесуального статусу, було встановлено, що за наявності у них відомостей про захворювання на заразний ТБ іншого учасника одночасного допиту ще до його проведення 100 % відмовляться від участі в його проведенні. У разі ж якщо їм стане відомо про наявність відкритої форми захворювання в іншого учасника процесуальної дії в ході її проведення, 100 % опитаних наголосили, що під будь-яким приводом залишать приміщення, де перебуває хвора особа. Крім того, 99 % дали відповідь, що їх психоемоційний стан не дозволить адекватно приймати участь у СРД, де можлива присутність хворого. При цьому, ніхто із анкетованих осіб не зазначив, що він би погодився на проведення СРД за участі особи, хворої на заразний ТБ.

Це, на нашу думку, може бути суттєвою перешкодою у встановленні всіх обставин кримінального правопорушення. Також, проведений аналіз дозволяє стверджувати, що результативність даної процесуальної дії, навряд чи буде задовольняти мету її проведення.

Необхідною умовою для отримання показань, а тим більше, для усунення суттєвих протиріч є саме встановлення психологічного контакту. Як зазначає Н.В. Павлова, за своєю сутністю допит являє собою психологічний процес спілкування між особами, котрі беруть участь у ньому,

спрямований на одержання інформації про відомі допитуваному факти, які мають значення для встановлення істини у справі [199]. Такого контакту важко буде досягти у випадках, коли психоемоційний стан одного з учасників одночасного допиту, через можливий страх інфікуватися, не дозволить адекватно сприймати та передавати інформацію.

Крім того, слід враховувати також думки слідчих стосовно можливості проведення одночасного допиту у разі наявності у одного з учасників заразного ТБ. Так, 96 % проанкетованих слідчих зазначили, що в такому випадку вони не будуть проводити одночасний допит за загальними правилами та умовами, тобто у своєму робочому кабінеті, без застосування заходів інфекційного контролю. Лише 3 % опитаних слідчих вказали на можливість проведення одночасного допиту з хворою на заразний ТБ особою у своєму робочому кабінеті, дотримуючись заходів інфекційного контролю. В свою чергу 1 % опитаних надали відповідь, що вони не виключають можливість проведення одночасного допиту у разі наявності у одного з учасників заразного ТБ за загальними правилами та умовами.

Також, опитані слідчі повідомили, що у разі прийняття ними рішення про неможливість проведення одночасного допиту, за участі хворої на ТБ особи за загальними правилами, 96 % вбачають виходом з такої ситуації – можливість проведення одночасного допиту лише в режимі відеоконференції або у спеціально обладнаному приміщенні, на кшталт призначеного для пред'явлення для впізнання поза візуальним спостереженням, де повною мірою учасники будуть ізольовані один від одного, але зможуть один-одного чути та бачити (наприклад у приміщенні, що розділене склом та має різні входи) та ще 4 % вказали на те, що вони в такому випадку взагалі відмовляться від проведення одночасного допиту.

На запитання, чи будуть вони інформувати здорового учасника одночасного допиту про наявність в іншого ТБ, ствердну відповідь надали 92% опитаних слідчих.

Проведений аналіз свідчить, що слідчі, у більшості випадків, дотримуються норм Конституції України, якими життя та здоров'я людини визнано найвищою соціальною цінністю, та намагаються уникати можливих випадків нараження їх на небезпеку. Однак, у деяких випадках, через можливий брак знань, стосовно шляхів передачі ТБ, або у випадках обрання пріоритету у швидшому закінченні кримінального провадження можуть наражати себе, а також інших учасників одночасного допиту на ризик інфікування.

Також можемо констатувати, що у ряді випадків, через брак знань стосовно шляхів передачі ВІЛ-інфекції, слідчі відмовляються від проведення одночасних допитів, що може в подальшому зашкодити встановленню об'єктивної істини у кримінальному провадженні або ж негативно вплинути на термін розслідування кримінального провадження.

Визначення часу та місця проведення одночасного допиту. Більшість вчених-криміналістів та процесуалістів наголошують на тому, що проведення одночасного допиту повинно носити раптовий характер. Не допускається будь-яке невиправдане зволікання із проведенням вказаної СРД, оскільки, наслідком є негативна судова перспектива кримінального провадження.

Аналізуючи слідчу практику, можемо дійти висновку, що існують непоодинокі випадки подання стороною захисту клопотань щодо ознайомлення з матеріалами досудового розслідування до його завершення. У такому випадку слідчий повинен визначити мету подання такого клопотання та врахувати ризики, які можуть виникнути у разі надання для ознайомлення матеріалів, ознайомлення з якими на цій стадії кримінального провадження може зашкодити досудовому розслідуванню. Загрожує настанням негативних наслідків надання стороні захисту матеріалів для ознайомлення, що містять істотні розбіжності у показаннях свідків, потерпілих тощо, щодо яких слідчим планується проведення одночасних допитів між ними та стороною захисту. В такому випадку слідчому доречно

або в найкоротший термін (не більше 3 діб, що дається на розгляд клопотання) провести одночасні допити, або винести вмотивовану постанову про часткове задоволення клопотання сторони захисту із відмовою у наданні доступу саме до тих матеріалів, що містять істотні розбіжності у показаннях.

Стосовно часу проведення одночасного допиту, пропонуємо, у випадку участі у ньому хворої на заразний ТБ особи, здійснювати вказану СРД наприкінці робочого дня, аби зменшити можливість потрапляння до кабінету сторонніх осіб, а також, з метою якісного проведення дезінфекційних заходів після його проведення.

Одночасний допит, відповідно до загальних положень розслідування кримінальних проваджень проводиться за місцем проведення досудового розслідування. Однак, існують виключення. Зокрема такими випадками можуть слугувати перебування одного з учасників одночасного допиту в місцях утримання; перебування на стаціонарному лікуванні у ПТЗ тощо. У такому випадку необхідно враховувати ризик відмови іншої сторони від навіть тимчасового перебування у місці позбавлення волі, або лікарні, а також емоційний стан такої особи, що може бути розхитаний хвилюванням та острахом.

У даному випадку можемо вести мову про можливість проведення одночасного доступу у режимі відеоконференції.

Проведення додаткового допиту. Під час вивчення матеріалів кримінального провадження та підготовки до одночасного допиту, у слідчого, прокурора може виникнути необхідність у проведенні додаткового допиту осіб, з метою з'ясування тих чи інших обставин справи, що були недостатньо висвітлені або ж нерозкриті у попередньому допиті та прямо стосуються предмету доказування. З цього приводу слушною є думка І.Ф. Пантелєєва, про те що не можна допит перетворювати у репетицію перед очною ставкою [131, с. 337-338]. Якщо ж наявні у показаннях суперечності можливо усунути за допомогою додаткового допиту, може бути вирішено питання про відсутність необхідності проведення одночасного допиту,

оскільки вказана СРД є більш трудомісткою та має більше тактичних ризиків.

Крім того, особливо доречним вказаний організаційно-тактичний захід є за умов наявності ТБ дихальних шляхів у одного з учасників кримінального провадження. Вважаємо, що за таких умов, варто детально провести додаткові допити осіб, в показаннях яких є істотні суперечності. При цьому необхідно застосовувати максимально широкий спектр тактичних прийомів допиту. Особливо доречним це може бути у тому випадку, коли за проміжок часу, між першим допитом та додатковим, у слідчого з'явилися нові докази у провадженні, якими можливо оперувати.

Визначення осіб, між якими буде проведено одночасний допит, та черговості їх допиту. Важливою особливістю цього тактичного заходу є звернення до психологічних засад, оскільки для одночасного допиту характерна наявність потенційного конфлікту. Слідчий повинен детально вивчити особливості темпераменту, характеру, особистісні та вольові якості, стійкість психіки кожного із учасників одночасного допиту та передбачити можливість впливу та тиску учасників один на одного.

Під час проведення одночасного допиту завжди використовується соціально-психологічний ефект присутності іншої особи, зокрема тієї, яка дає правдиві показання. Тому, вважаємо позитивними змінами у новому КПК України надання можливості проведення одночасного допиту не лише між двома, а між декількома особами, оскільки значно більший вплив на недобросовісного учасника можуть чинити декілька осіб, що дають сумлінні показання. При цьому вони є психологічною підтримкою один для одного, що зменшує ризик зміни їх показань на користь недобросовісного учасника, який може бути більш стійким у психологічному аспекті та здійснювати на них тиск.

Однак, варто зазначити, що наявність в одного з учасників ТБ, є суттєвою перешкодою для проведення одночасного допиту в такому ключі.

Також вважаємо недопустимим проведення одночасного допиту за загальними правилами та у звичних умовах між двома особами: коли у однієї з них активний ТБ органів дихання, а при цьому у іншої ВІЛ-позитивний статус, або СНІД, оскільки вони є першими у списку осіб, що належать до груп підвищеного ризику інфікування ТБ.

Відповідно, слідчі мусять керуватися знаннями, стосовно того, що ВІЛ є важливим фактором ризику, що сприяє активації латентної туберкульозної інфекції [300].

Вибір учасника, який першим буде давати показання.

У криміналістичній науці зазначається, що першими має давати показання той учасник СРД, який, на думку слідчого, дає правдиві показання. Тому слідчому необхідно володіти знаннями, що дозволять відрізнити правдиві показання від неправдивих.

Узагальнюючи погляди вчених та слідчу практику можемо дійти висновку про можливість надання першим покази особі, що дає неправдиві свідчення лише у тих випадках, коли, по-перше: слідчий вважає, що почувши неправду сумлінний учасник дасть більш повну відповідь та детальніше аргументує свої показання через обурення неправдою; по-друге: коли у слідчого є чітка впевненість у морально-психологічній стійкості сумлінного учасника та переконаність у неможливості піддатися впливу.

Наявність же у особи ВІЛ чи ТБ не є критерієм для вибору черговості дачі показань.

Психологічна підготовка учасників одночасного допиту. Найбільше такої психологічної підготовки потребують особи, зокрема свідки та потерпілі у кримінальних провадженнях, які вперше долучені до кримінального судочинства та можуть зазнавати стресу як від перебування у органах досудового розслідування, так і від зустрічі з підозрюваним. Таку ж думку поділяють ряд науковців, говорячи про те, що у необхідних випадках, для уточнення показань осіб, у яких є суперечності, слідчий може їх додатково допитати перед проведенням одночасного допиту [137, с. 334].

Особливу увагу слід приділити психологічній підготовці відносно здорового учасника одночасного допиту, у випадку наявності в останнього інформації стосовно захворювання його «опонента» на ВІЛ/СНІД. Головним завданням слідчого у такому випадку є налаштування максимально комфортного психоемоційного стану здорового учасника одночасного допиту. Цього можна досягти за допомогою роз'яснення шляхів передачі вказаного захворювання, наданням та демонстрацією відповідної літератури, переконанні у безпечності спілкування з хворим з одного боку та ходу (змісту) проведення СРД – з іншого тощо.

Визначення та підготовка технічних засобів фіксації одночасного допиту. Використання технічних засобів фіксації під час проведення одночасного допиту є досить ефективним засобом, особливо, якщо учасниками СРД виступають особи із фізичними вадами, іноземці тощо. Цей організаційно-тактичний захід являє собою: по-перше: вибір технічного засобу, який саме буде застосовано (здійснення аудіо- чи відеозапису), а по-друге: перевірку стану вказаного технічного засобу (технічна справність, якість звуко-, відеозапису, наявність вільної пам'яті на пристрої тощо).

Проведеним анкетуванням працівників слідчих підрозділів було встановлено, що лише у 9 % проведення одночасного допиту ними було застосовано технічні засоби фіксації.

Однак, застосування безперервного відеозапису під час проведення одночасного допиту, за наявності в одного з учасників активного ТБ сприяло б зменшенню тривалості вказаної СРД, та, відповідно, зменшенню ризику інфікування.

У свою чергу, вказані технічні засоби мають бути належним чином захищені від можливого потрапляння на них МБТ.

Складання плану одночасного допиту. Надзвичайно великий вплив на якість проведення одночасного допиту здійснює саме планування, під час якого слідчий мусить сформулювати запитання, які будуть поставлені учасникам одночасного допиту, визначити черговість дачі показань

учасниками, а також обрати тактичні прийоми, що будуть застосовані на робочому етапі проведення одночасного допиту. Крім того, складання плану одночасного допиту повинно містити у собі створення умов для забезпечення безпеки учасників вказаної СРД.

Таким чином, можемо зазначити, що грамотна та належна підготовка до проведення одночасного допиту є досить трудомістким процесом, однак саме вона забезпечує мінімізацію ризиків настання негативних наслідків.

Робочий етап проведення одночасного допиту також має свої особливості та характеризується наявністю специфічних тактичних прийомів. Особливо це стосується випадків проведення одночасного допиту між здоровим учасником та ВІЛ-інфікованим, або ж хворим на ТБ дихальних шляхів.

На робочому етапі проведення одночасного допиту вкрай важливим є розуміння слідчим сутності тактичних прийомів, що, безумовно, надасть йому можливість здійснювати цілеспрямований вплив на учасників одночасного допиту та передбачити настання позитивних або негативних наслідків.

Аналіз юридичної літератури дозволяє дійти висновку, що тактичним прийомам одночасного допиту вчені приділили багато уваги.

Ми погоджуємося із М.В. Салтевським, який виділяє групи тактичних прийомів одночасного допиту залежно від їх спрямування, до яких відносить:

- прийоми для активізації пам'яті учасника, що сумлінно помиляється: активізація асоціативних зв'язків; постановка нагадуючих запитань; пред'явлення доказів; деталізація показань; розгляд спірних питань у зворотній послідовності розвитку подій;

- прийоми, спрямовані на викриття у неправді: максимальна деталізація предмета допиту; розподіл її теми; використання правдивих показань співучасника; створення враження, що один співучасник повністю зізнався у вчиненні злочину; загострення суперечностей в показаннях учасників одночасного допиту щодо менш значущих спірних обставин; припинення

неправдивих показань одного учасника з підкресленням правдивості показань іншого; демонстрація слідчим несумлінному учаснику своїх сумнівів щодо правдивості його показань; форсований, а в деяких випадках уповільнений темп одночасного допиту;

- прийоми, спрямовані на подолання небажаного впливу одного учасника на іншого: несподіване проведення одночасного допиту; доцільне розташування допитуваних у місці її провадження; запрошення для участі у слідчій дії іншого слідчого;

- прийоми для подолання відмови допитуваного від участі в одночасному допиті: нейтралізація у допитуваного страху помсти; роз'яснення значення дачі правдивих показань; стимулювання у допитуваного його позитивних особистісних якостей; використання інформації, що передає емоційний стан обвинуваченого при вчиненні злочину [259, с. 201-202].

Таким чином, у випадку проведення одночасного допиту між здоровим(и) учасником(ами) та особою, що має ВІЛ, необхідно враховувати можливість проведення одночасного допиту за загальними детально розробленими криміналістикою правилами. Можливим є застосування усієї сукупності тактичних прийомів. При цьому, слід приділити увагу тому, як почуває себе ВІЛ-інфікований учасник одночасного допиту, враховуючи це – передбачити перерви під час проведення СРД.

Варто зауважити, що слідчий мусить слідкувати за дотриманням прав, свобод та законних інтересів усіх учасників одночасного допиту та приділяти особливу увагу ВІЛ-інфікованій особі.

Важливим є також нерозголошення інформації про наявність у особи ВІЛ учасникам СРД та присутнім особам.

По-перше, вказана інформація є конфіденційною та охороняється державою. По-друге, це викликано вразливістю ВІЛ-інфікованих осіб та нетолерантним ставленням до них. Відомо, що ставлення суспільства до людей, які живуть з ВІЛ, вивчалось в рамках багатьох досліджень,

ініційованих міжнародними організаціями [270]. У цілому, дані досліджень свідчать про високу поінформованість громадськості про хворобу, ризики інфікування ВІЛ та основні шляхи його передавання. Разом із тим, досить низький відсоток людей в українському суспільстві толерантно ставиться до ВІЛ-інфікованих людей [198, с. 30]. Найбільш поширена форма вияву стигми у міжособистісних стосунках виражається як загальне негативне ставлення з боку суспільства. Більш конкретний досвід включає такі форми вияву низької толерантності, як обережне, боязке ставлення до ВІЛ-позитивних, огида та неприязнь, вияви ворожості та агресії або навіть приниження і глузування на їхню адресу [198, с. 32]. По-третє, нерозголошення інформації про наявність у особи ВІЛ покращить психологічний стан усіх учасників СРД, що сприятиме її продуктивному проведенню.

Що стосується проведення одночасного допиту за умов наявності в одного з учасників відкритої форми ТБ, то наголосимо на тому, що вважаємо доцільним проводити його в режимі відеоконференції або у спеціально обладнаному приміщенні, про яке детально йтиме мова у **підрозділі 2.3** дисертаційного дослідження.

Однак, якщо слідчий прийме рішення про можливість та доцільність проведення одночасного допиту у звичайному режимі, то пропонуємо дотримуватись рекомендацій, наданих нами раніше у **підрозділі 2.1**.

Категорично заборонено проводити одночасний допит за загальними правилами та у звичних умовах між хворою на ТБ дихальних шляхів та ВІЛ-інфікованою особою. У разі необхідності проведення між вказаними особами одночасного допиту, він має бути проведений за допомогою альтернативних засобів: відеоконференції або спеціально обладнаного приміщення, де будуть дотримані усі форми протитуберкульозного інфекційного контролю.

Заключний етап одночасного допиту полягає у оформленні протоколу одночасного допиту відповідно до вимог ст. 104 КПК України та ознайомлення учасників з його текстом. Протокол оформляє слідчий, який проводить одночасний допит, під час його проведення або безпосередньо

після закінчення; якщо здійснювався запис одночасного допиту за допомогою технічних засобів, слід пам'ятати, що текст показань може не вноситись до відповідного протоколу за умови, що жоден з учасників цієї процесуальної дії не наполягає на цьому. В такому випадку в описовій частині протоколу допиту зазначається, що показання зафіксовані на технічному носії інформації, який додається до нього (ч. 2 ст. 104 КПК України) [140, с. 378]

Якщо під час проведення одночасного допиту двох (або більше) раніше допитаних осіб один з учасників самостійно повідомить про наявність в нього ВІЛ/СНІДу, пропонуємо не відображати це у протоколі, якщо ця інформація прямо не стосується кримінального провадження. Тим самим зберігається конфіденційна інформація про наявність у особи захворювання, яка може стати відомою іншим учасникам кримінального провадження під час здійснення ознайомлення з матеріалами досудового розслідування.

Таким чином, на підставі зазначеного вище можемо наголосити, що нами у підрозділі 2.2 визначені організаційні та тактичні рекомендації проведення одночасного допиту двох (або більше) раніше допитаних осіб, у випадку наявності у одного з учасників ВІЛ-інфекції або ТБ. Зокрема, сформовано ряд організаційно-підготовчих заходів, спрямованих на покращення якості проведення одночасного допиту з учасником хворим на ТБ або ВІЛ-інфекцію, а також мінімізують ризик інфікування слідчого та інших учасників одночасного допиту та присутніх осіб. На робочому етапі проведення одночасного допиту наголошено на необхідності дотримання прав та законних інтересів усіх учасників СРД, та, особливо хворих на ВІЛ-інфекцію або ТБ, в аспекті нерозголошення лікарської таємниці та розуміння психоемоційного та фізичного стану таких осіб. Також запропоновано альтернативні способи проведення одночасного допиту між відносно здоровим учасником та хворим на заразний ТБ: відеоконференція або спеціально обладнане приміщення, де будуть дотримані усі форми протитуберкульозного інфекційного контролю.

Доведено, що дотримання організаційно-підготовчих та тактичних рекомендацій стосовно проведення одночасного допиту в умовах ризику інфікування ТБ, є ключовим в аспекті забезпечення безпеки учасників СРД. Це впливає на кількісний та якісний показник проведення одночасних допитів, за участі хворих на ТБ, оскільки встановлено, що слідчі з пересторогою ставляться до можливості проведення вказаної СРД за таких умов, та, здебільшого, уникають проведення одночасного допиту, що, в свою чергу, може негативно вплинути на подальший хід досудового розслідування.

2.3. Шляхи оптимізації роботи слідчого під час проведення вербальних слідчих (розшукових) дій, в умовах ризику інфікування туберкульозом

Враховуючи існуючі ризики інфікування слідчого на туберкульоз під час проведення вербальних СРД, зокрема допиту та одночасного допиту, існує гостра потреба у переосмисленні порядку та тактики їх проведення. Досудове розслідування повинно бути адаптоване до уникнення ризиків зараження учасників кримінального провадження соціально небезпечними хворобами, якою є і ТБ.

На наше глибоке переконання, необхідно створювати в роботі слідчих підрозділів безпечні та зручні умови праці, які сприятимуть економії часу, наприклад, хоча б на підготовку до проведення тих чи інших СРД.

Оптимізувати проведення вербальних СРД в умовах ризику інфікування ТБ ми пропонуємо двома шляхами:

- проводити їх у спеціально обладнаному приміщенні для роботи з інфекційними хворими (зокрема із хворими на туберкульоз);
- проводити СРД у режимі відеоконференції.

Відповідно, пропонуємо запровадити створення в кожному слідчому підрозділі органу Національної поліції спеціального приміщення (кабінету) для роботи із інфекційними хворими, зокрема на відкриту форму ТБ.

У такому випадку організація та підготовка до проведення усіх видів допиту буде звичайною, оскільки правильне функціонування організаційних заходів, що покликані на уникнення ризику інфікування, вже будуть здійснені у вказаному приміщенні. Таким чином, у випадку проведення допиту хворого на ТБ у спеціальному приміщенні, першочерговим завданням слідчого є саме якнайшвидша ідентифікація хворого та переміщення його в спеціальне приміщення.

Зазначимо, що на теперішній час в органах та підрозділах Національної поліції України відсутнє спеціальне приміщення для роботи в вказану категорією осіб. Однак, його створення є надзвичайно важливим кроком з огляду на питання організації, тактики та безпеки проведення СДР та інших процесуальних дій.

Під спеціальним приміщенням територіального підрозділу Національної поліції України, створеному для роботи із інфекційними хворими, зокрема з хворими на відкриту форму туберкульозу органів дихання (далі – спеціальне приміщення), ми розуміємо відповідно облаштоване приміщення територіального підрозділу Національної поліції, у якому дотримано усіх заходів протитуберкульозного інфекційного контролю. Це пов'язане з тим, що саме він лежить в основі заходів профілактики захворювання на ТБ [242].

Відповідно до існуючого визначення, інфекційний контроль – це комплекс заходів, спрямованих на запобігання появі та поширенню інфекційних захворювань шляхом впливу на механізми передавання інфекції [105].

Інфекційний контроль на рівні спеціального приміщення у територіальному підрозділі Національної поліції України мусить мати три основні складові: адміністративний, інженерний та індивідуальний контроль.

Заходи **адміністративного** контролю, як сукупності управлінських рішень та адміністративних заходів полягатимуть у наступному:

1) Швидка ідентифікація інфекційного хворого, зокрема хворого на активний ТБ, яка здійснюється відповідно до довідок з медичних установ, а також шляхом оцінки зовнішності та способу життя особи. Також, за допомогою постановки прямого запитання про наявність у особи відповідних захворювань.

2) Ізоляція хворого учасника кримінального провадження від інших здорових осіб, що можуть бути учасниками тієї чи іншої СРД або просто бути присутніми в територіальному підрозділі Національної поліції. У разі попередньої поінформованості слідчого про наявність у особи, з якою заплановане проведення СРД, місцем її проведення має бути обрано спеціальне приміщення. У разі встановлення наявності хвороби вже безпосередньо під час проведення СРД, таку особу слід негайно перевести в спеціальне приміщення із дотримання засобів індивідуального захисту (на хворого слід обов'язково одягнути медичну маску, а на особу, що його супроводжуватиме – респіратор із Хепа-фільтром, або з позначкою, щодо захисту від МБТ). Під час проведення допиту, або інших СРД за участю інфекційних хворих, на двері спеціального приміщення доцільно вішати табличку з написом, категорично забороняючим заходити в кабінет та над дверима вмикати помаранчеву лампу з написом «не відчиняти двері»).

3) Проведення інструктажу всіх присутніх осіб стосовно додержання заходів індивідуального інфекційного контролю.

Метою заходів адміністративного контролю є попередження поширення інфекції та можливого зараження усіх осіб, що можуть потенційно мати контакт з учасником кримінального провадження хворим на активний ТБ чи інше інфекційне захворювання.

В основі заходів **інженерного контролю** лежить припущення, що здорові особи можуть потрапити в приміщення де проводяться СРД з хворою на ТБ особою. Під час здійснення СРД у відповідному приміщенні, до заходів інженерного контролю входять: 1) механічна та природна вентиляція; 2) контроль руху повітря; 3) забезпечення ультрафіолетового опромінення та

застосування високоефективної фільтрації ультра дрібних часток у повітрі;
4) здійснення дезінфекційних заходів.

Індивідуальний інфекційний контроль, полягає у персональному захисті. Під час роботи з інфекційними хворими, зокрема з хворими на активний ТБ органів дихання, слідчий повинен забезпечити наступні заходи індивідуального контролю: 1) використання персональних респіраторів; 2) захист одягу медичним халатом, від можливого потрапляння на нього часток мокротиння хворого; 3) надання хворому окремої канцелярії; 4) проведення СРД тільки після повноцінного прийому їжі та при гарному самопочутті.

Спеціальне приміщення для проведення СРД за участю хворих на ТБ осіб повинно бути розташоване на першому поверсі підрозділу, з метою уникнення тривалого перебування хворого на сходах та коридорах для загального користування, або повинно мати окремий підхід, яким його супроводжуватиме працівник територіального підрозділу, після проведення інструктажу та з дотримання засобів індивідуального інфекційного захисту. Також, вказане приміщення має бути розділене склом та мати різні входи (для хворого учасника СРД та слідчого, а також інших, здорових учасників провадження). У склі повинно бути віконце, для можливості передачі певних об'єктів хворому учаснику СРД (зокрема протоколу допиту для ознайомлення та підпису). Над віконцем доцільно облаштувати піддашок.

Загальна площа спеціального приміщення повинна відповідати наступним вимогам: менша частина приміщення (місце де перебуватиме хвора особа) повинна бути не менше 4 кв. метрів для можливості розміщення стола, стільця та відкривання дверей та вікна всередину приміщення, більша частина – повинна дозволяти розмістити робоче місце слідчого (з усім необхідним устаткуванням), можливість перебування декількох учасників кримінального провадження (як мінімум двох – захисника та слідчого).

Частина спеціального приміщення, у якій буде знаходитись хворий допитуваний повинна бути забезпечена усіма заходами інженерного та

індивідуального інфекційного контролю, відповідно до Стандарту інфекційного контролю за ТБ в лікувально-профілактичних закладах, місцях довгострокового перебування людей та проживання хворих на туберкульоз, а саме:

1) Використання вентиляції.

Природна вентиляція: – провітрювання через відкриті вікна та двері (при відсутності вірогідності перетікання повітря з забруднених зон до чистих). Відповідно частина приміщення, де перебуватиме хворий на ТБ учасник кримінального провадження повинен на мати окремий вхід (двері) та вікно.

Механічна вентиляція: – підтримка різниці тиску між приміщенням та навколишнім середовищем, забезпечення унормованого та спрямованого повітрообміну у приміщеннях з дотриманням заданих параметрів повітряного середовища (швидкості потоку, температури, тиску, вологості та ін.) та встановлення системи очистки повітря на вході та виході.)

Змішана вентиляція: – використання природної вентиляції із витяжними вентиляторами.

Принципи вентиляції:

- спрямування повітря: від «чистого до менш чистого»;
- однократний прохід повітря;
- рециркуляція повітря лише при використанні у вентиляційних засобах УФО ламп та Хепа- фільтрів;
- створення негативного тиску в місцях з високою концентрацією інфекційного аерозолі (тобто у частині спеціального приміщення, де перебуватиме хворий);
- в місцях, де концентрація інфекційних частинок висока, кратність обміну повітря у приміщенні повинна дорівнювати не менше 6-ти за годину, а в місцях з найвищим ризиком – 10-12 за годину;
- технічне обслуговування вентиляційних засобів [242];

2) постійний контроль руху повітря, з урахуванням того, що на потік повітря впливають погодні умови, тиск, пора року та температурний режим, зокрема робота радіатора, батареї тощо. З метою економії коштів на засоби контролю току повітря, можливо здійснювати вказану процедуру за допомогою диму: наприклад, шляхом використання ароматичок;

3) використання засобів УФО випромінювання. Необхідно облаштувати спеціальне приміщення бактерицидним екранованим УФ-опромінювачем, або УФ-опромінювачем закритого типу (установка однієї екранованої 17 Вт УФ-лампи по ефективності еквівалентно 10-кратному повітрообміну в не вентилярованому приміщенні при використанні вентилятора [125]. Використання екранованих УФ-опромінювачів на 70-80% знижує аерогенну передачу ТБ [1; 5];

4) регулярна дезінфекція приміщення та поверхонь 70% розчином спирту;

5) наявність засобів індивідуального інфекційного захисту для хворого, які повинні перебувати у його частині приміщення, де також має бути розташований бокс для їх утилізації.

За таких умов облаштування спеціального приміщення, хочемо акцентувати увагу на очевидних перевагах у роботі слідчого, зокрема на підготовчому, робочому та заключному етапах проведення вербальних СРД.

Перевагами проведення допиту/одночасного допиту за участю осіб хворих на ТБ із бактеріовиділенням у вказаному приміщенні **на підготовчому етапі є:**

1) упевненість слідчого у безпеці від ризику інфікування, внаслідок чого краща концентрація на СРД;

2) скорочення часу на підготовку приміщення;

3) покращення якості заходів інженерного контролю. Прикладом може слугувати такий організаційний захід як відкриття вікон та дверей у власному кабінеті задля створення протягу під час роботи з хворими на заразний ТБ. Зазначимо, що у такому випадку потік повітря є неконтрольованим та

порушується такий принцип вентиляції, як направлення потоку повітря від «чистого» до «менш чистого»;

4) покращується якість забезпечення сприятливих умов, оскільки і слідчий, і всі присутні під час допиту особи, почуватимуться більш захищено;

5) економія коштів за рахунок відсутності потреби у забезпеченні допитуваного, слідчого та сторонніх осіб змінними засобами індивідуального захисту органів дихання (медичні маски, респіратори тощо), а також відсутність потреби у облаштуванні кожного робочого кабінету технічними протитуберкульозними засобами. Відповідно відсутня потреба регулярної заміни медичної маски хворому допитуваному, оскільки у спеціально обладнаному приміщенні він може перебувати без неї, а необхідність одягнути маску постає лише перед виходом зі спеціального приміщення.

6) забезпечення безпеки інших учасників СРД, а також сторонніх осіб від ризику інфікування;

7) необмеженість у тривалості СРД та відсутність необхідності робити перерву. Як ми зазначали вище, перерва для провітрювання приміщення повинна тривати не менше 30 хвилин. Враховуючи заходи інфекційного контролю, що будуть забезпечені у спеціальному приміщенні, слідчому жодним чином не загрожуватиме тривале перебування поруч із хворим допитуваним;

8) безперервна та безпечна робота слідчих, що працюють в одному кабінеті та сторонніх осіб, які можуть відвідати кабінет слідчого, що допитує хворого на ТБ;

9) скорочення часу на ознайомлення із спеціальною медичною літературою та відсутність або ж мінімізація потреби у консультації лікарів. Враховуючи, що усі ризики інфікування будуть мінімізовані за рахунок здійснення вербальних СРД у спеціальному приміщенні, слідчому не потрібно, готуючись до допиту/одночасного допиту, вивчати літературу

стосовно способів зараження та шляхів передачі ТБ, аби почуватися захищеним;

10) можливість залучення до участі у допиті більш широкого кола осіб, без ризику їх інфікування (спеціалісти, перекладачі, захисники тощо);

11) відсутність потреби самоаналізу слідчого стосовно стану свого імунітету та наявності запальних процесів у організмі, а також можливість безпечного проведення допиту навіть за поганого самопочуття.

Перевагами проведення допиту/одночасного допиту хворих на ТБ під час **робочого етапу** є:

1) відсутність необхідності змінювати тактику проведення допиту;

2) відсутність бажання слідчого скоротити час перебування поруч із хворим допитуваним за рахунок скорочення кількості тактичних прийомів;

3) забезпечення можливості безпечного надання допитуваному доказів чи фрагментів показань інших осіб для ознайомлення. У спеціальному приміщенні, за рахунок прозорого скла, слідчий зможе безпечно демонструвати допитуваному вказані об'єкти;

4) забезпечення можливості більш якісного спостереження за невербальною складовою допиту. В першу чергу це пов'язане з тим, що перебуваючи у частині спеціального приміщення, де здійснено усі заходи інженерного інфекційного контролю (вентиляція, знезараження повітря УФО) хворий-допитуваний може не користуватися медичною маскою. Внаслідок цього, слідчий зможе краще спостерігати за мімікою його обличчя.

На **заключному** етапі проведення вербальних СРД, перевагами будуть виступати:

1) економія часу, відведеного на дезінфекцію робочого кабінету слідчого;

2) відсутність необхідності у слідчого навичок, стосовно дезінфекції;

3) економія коштів, відведених на закупівлю дезінфікуючих заходів;

4) забезпечення безперервності у плановій роботі слідчого, який надалі зможе здійснювати свою професійну діяльність у власному кабінеті;

5) забезпечення безперервності у роботі колег по кабінету слідчого, які вимушено не змінюють свої календарні плани у зв'язу з допитом особи хворої на ТБ.

Таким чином, **підсумовуючи вище викладене**, слід акцентувати увагу на наступному.

Необхідність створення спеціального приміщення зумовлена невтішною статистикою захворюваності на ТБ та ВІЛ/СНІД серед працівників поліції. Так, за даними Управління охорони здоров'я та реабілітації МВС України за період 2013-2019 років кількість випадків вперше виявленої ВІЛ-інфекції серед працівників ОВС склала 21, а туберкульозу – у 320 співробітників. Тобто, це професійні захворювання, які працівник поліції отримав внаслідок виконання службових обов'язків.

Сформовані нами переваги використання спеціального приміщення на підготовчому, робочому та заключному етапах проведення допиту/одночасного допиту, дозволяють із впевненістю стверджувати, що кількість інфікованих працівників поліції може реально зменшитись, а ефективність проведення СРД збільшиться.

Вважаємо, що створення таких спеціальних приміщень є одним із небагатьох реальних кроків керівництва Міністерства внутрішніх справ, направлених на безпеку власних працівників.

Ще одним заходом, який сприяє ефективній профілактиці та протидії інфікуванню ТБ під час проведення вербальних СРД є використання **відеоконференцзв'язку**.

Аналізуючи положення КПК України, можна сказати, що законодавцем було віднесено до допиту проведення такої СРД як одночасний допит двох або більше раніше допитаних осіб, замість окремої СРД «очна ставка» за КПК 1960 року та надано можливість її проводити дистанційно у режимі відеоконференції. Таким чином, було введено поняття «дистанційного досудового розслідування» здійснення якого має очевидні та беззаперечні переваги.

Слід зазначити, що дискусії стосовно застосування відеоконференцзв'язку під час здійснення досудового розслідування та судового розгляду кримінальних проваджень розпочались ще задовго до їх законодавчого закріплення у КПК України. Суттєво відрізнялись думки вчених і стосовно проведення одночасного допиту в режимі відеоконференції.

Значним поштовхом для цього стали праці М.І. Смирнова, який ґрунтуючись на позитивному досвіді зарубіжних країн, зайняв позицію щодо необхідності закріплення в кримінально-процесуальному законодавстві України норми, яка б регламентувала процесуальний порядок проведення очної ставки за допомогою відеоконференцзв'язку [267, с. 125]. Така його позиція піддавалась критиці з боку С.М. Стахівського, через можливе послаблення психологічного впливу на учасника одночасного допиту, який територіально віддалений. З цього приводу він зазначає, що при використанні відеоконференцзв'язку емоційна напруженість, психологічний вплив на учасника очної ставки послаблюються. А це – один з основних чинників, що сприяє встановленню істини при проведенні цієї СРД [275, с. 26]. Звичайно, така думка має право на існування та є теоретично обґрунтованою щодо неможливості застосування усього спектру тактичних прийомів. Однак, в такому випадку не враховано позитивні аспекти проведення одночасного допиту в режимі відеоконференції, одним з яких, як зазначає М.І. Смирнов є зменшення ризику поширення захворювань, на які страждають особи, що утримуються під вартою [267, с. 127]. Крім того, вказані хвороби можуть бути наявними і в інших осіб.

Відповідно до ст. 232 КПК України, до випадків, за яких можливе проведення допиту (одночасного допиту) у режимі відеоконференції законодавством віднесено такі: 1) неможливість безпосередньої участі певних осіб у досудовому провадженні за станом здоров'я або з інших поважних причин; 2) необхідність забезпечення безпеки осіб; 3) проведення допиту малолітнього або неповнолітнього свідка, потерпілого;

4) необхідність вжиття таких заходів для забезпечення оперативності досудового розслідування; 5) наявність інших підстав, визначених слідчим, прокурором, слідчим суддею достатніми [148].

Перелік підстав для проведення СРД у режимі відеоконференції, які наведені вище, не є вичерпним, оскільки достатність інших підстав у кожному випадку визначається процесуальною особою, яка самостійно приймає рішення про дистанційне проведення СРД. Крім того, слід зазначити, що проведення одночасного допиту в режимі відеоконференції може бути ініційоване будь-якою стороною кримінального провадження, шляхом подання відповідного клопотання [225, с. 119].

Аналіз вказаної кримінально-процесуальної норми дозволяє дійти до висновку, що наявність у одного з учасників заразної форми ТБ може підпадати під дію п. 1 – неможливість безпосередньої участі певних осіб у досудовому провадженні за станом здоров'я або з інших поважних причин (зокрема, у разі перебування хворого учасника на стаціонарному лікуванні у тубдиспансері тощо). Такої думки дотримуються ряд авторів, зокрема С.О. Сичов, говорячи, що під неможливістю безпосередньої участі певних осіб у слідчих діях у досудовому провадженні за станом здоров'я або з інших поважних причин слід розуміти випадки, коли ці особи за станом здоров'я фізично не можуть бути присутні при проведенні конкретної СРД (наприклад, санаторне лікування; перебування в закладі охорони здоров'я у зв'язку з лікуванням або вагітністю за умови неможливості тимчасово залишити цей заклад (стаціонарне лікування), тощо) [181, с. 328-329].

Можливо також тлумачити наявність в особи ТБ дихальних шляхів як п. 2. ст. 232 КПК України – необхідність забезпечення безпеки осіб (у разі розширеного розуміння терміну «забезпечення безпеки» не лише від можливого протиправного впливу, у вигляді погроз, насильства тощо, а й як забезпечення безпеки від зараження на ТБ).

Однак, вважаємо за доцільне наявність у однієї з осіб, між якими планується проведення одночасного допиту, заразної форми ТБ відносити

саме до п. 5 ч. 1 ст. 232 КПК – як інша достатня підстава проведення одночасного допиту у режимі відеоконференції. Це полегшить сприйняття мотивувальної частини постанови. Як відомо, наявність у особи заразної форми ТБ не позбавляє її можливості безпосередньо брати участь у досудовому провадженні, окрім випадків перебування на стаціонарному лікуванні. Особа, що має вказане захворювання може вільно пересуватися та повноцінно реалізувати свої права. Однак, в цей же час, вона створює загрозу для оточуючих, якщо не дотримується засобів індивідуального інфекційного контролю. Тому, аргументувати постанову про проведення одночасного допиту в режимі відеоконференції за наявності підстави, передбаченої п. 1 ч. 1 ст. 232 КПК України, буде досить складно [225, с. 119-120].

Варто зазначити, що не дивлячись на розповсюдженість одночасного допиту під час проведення досудового розслідування, здійснення його в режимі відеоконференції не користується популярністю у слідчих. Про це свідчить аналіз проведеного опитування співробітників слідчих підрозділів Національної поліції та вивчення матеріалів слідчої практики. Так, 98 % опитаних слідчих вказали на те, що вони не проводили СРД в режимі відеоконференції, підставами чого було у 32 % - відсутність спеціального обладнання та програмного забезпечення, у 30 % - відсутність навичок у проведенні СРД в режимі відеоконференції, у 16 % - відсутність розроблених методичних рекомендацій щодо проведення СРД в режимі відеоконференції та 22% визначили як підставу - відсутність підстав для проведення СРД в режимі відеоконференції.

Таким чином, ситуація, що склалася обумовлена низкою факторів: по-перше – це складність підготовки та проведення одночасного допиту в режимі відеоконференції; по-друге, недостатнє матеріально-технічне забезпечення необхідним обладнанням; по-третє, брак криміналістичних знань та професійних навичок слідчого стосовно одночасного допиту в режимі відеоконференції, а також стосовно поведіння з відповідною технікою та програмним забезпеченням [229, с. 171].

Одночасний допит в режимі відеоконференції здійснюється згідно із загальними правилами проведення одночасного допиту, тактика проведення якого передбачає наявність підготовчого, робочого та заключного етапу.

Підготовка до проведення одночасного допиту в режимі відеоконференції з учасником, інфікованим ТБ, на нашу думку, має свої особливості та може включати в себе наступні організаційно-підготовчі заходи: 1) встановлення випадків, за яких доцільним є проведення одночасного допиту в режимі відеоконференції; 2) прийняття рішення про проведення одночасного допиту в режимі відеоконференції з особою, хворою на заразний ТБ; 3) визначення місця проведення одночасного допиту у режимі відеоконференції; 4) визначення та підготовка технічних засобів проведення та фіксації; 5) психологічна підготовка учасників; 6) встановлення обставин, що підлягають з'ясуванню; 7) визначення черговості допиту; 8) складання плану одночасного допиту в режимі відеоконференції.

Розглянемо більш детально окремі організаційно-тактичні заходи. Говорячи про встановлення випадків, за яких можливе проведення одночасного допиту в режимі відеоконференції, наголошуємо на тому, що його проведення на підставі наявності в одного з учасників заразного ТБ є важливим засобом забезпечення безпеки інших учасників СРД та присутніх осіб від ризику інфікування.

У такому випадку особі, що проводить вказану СРД варто переконатися у здатності та можливості хворої особи давати свідчення. Т.П. Матюшкова та С.О. Книженко зазначають, що, говорячи про тактичні особливості, слід наголосити на недоцільності проведення допиту у режимі відеоконференції за участю осіб, які мають дефекти мови, зору чи слуху [181, с. 336].

Говорячи про місце проведення одночасного допиту у режимі відеоконференції, слід говорити про два територіально віддалених одне від одного місця. Ці приміщення можуть знаходитись як в одній будівлі,

розташованій на території, яка перебуває під юрисдикцією органу досудового розслідування, так і в різних місцях. Наприклад, якщо слідчий з одним з учасників одночасного допиту перебуває у своєму службовому кабінеті, то інший учасник вказаної СРД може знаходитись як у іншому адміністративному приміщенні цього ж органу досудового розслідування, так і поза межами його юрисдикції: у приміщенні, розташованому поза територією, яка перебуває під юрисдикцією органу досудового розслідування, або поза територією міста, в якому він розташований. Такими приміщеннями можуть бути адміністративні будівлі: іншого органу досудового розслідування Національної поліції; органу безпеки; органу, що здійснює контроль за дотриманням податкового законодавства; органу Державної кримінально-виконавчої служби України; Національному антикорупційному бюро України; Державному бюро розслідувань, лікарні тощо.

Говорячи про обрання місця проведення одночасного допиту в режимі відеоконференції, слід звернути увагу на Перехідні положення КПК України, а саме стосовно необхідності обладнання органів досудового розслідування технічними засобами фіксування кримінального провадження і технічними засобами проведення дистанційного провадження в режимі відеоконференції, а також обладнання слідчих ізоляторів та установ виконання покарань технічними засобами проведення дистанційного провадження в режимі відеоконференції з судами у кількості не менше двох приміщень у кожній установі [229, с. 172].

Однак, неможливо не погодитись з думкою Н.В. Павлової, стосовно того, що проблема самого фінансового забезпечення відеоконференцзв'язку у кримінальному процесі існує і витрати, пов'язані з початковим встановленням обладнання та налагодженням каналів для відеоконференцзв'язку, мають глобальний характер [220, с. 480].

Слід зазначити, що лікарні, зокрема, ПТЗ, де можливе перебування хворого на ТБ учасника одночасного допиту, законодавець не зобов'язує

обладнати відповідною технікою, яка б забезпечила можливість проведення СРД в режимі відеоконференції. Таким чином, постає питання стосовно забезпечення таких приміщень засобами відеоконференцв'язку науково-технічними засобами у разі потреби проводити там одночасний допит в режимі відеоконференції. Практично, вирішення вказаного питання покладається на особу, яка прийняла рішення про проведення вказаної СРД у режимі відеоконференції. Однак, відповідно до проведеного інтерв'ювання працівників ПТЗ МОЗ України, нами встановлено, що здебільшого вони обладнані технічними приладами, необхідними для проведення відеоконференції, оскільки у своїй професійній діяльності вказані заклади практикують ДОТ (лікування під безпосереднім наглядом за вживанням ліків хворим), який здійснюється дистанційно, за допомогою технічних засобів відеозапису.

Крім того, вказані приміщення повинні повною мірою забезпечувати неможливість витоку інформації та фактів, що стали відомі в процесі проведення досудового розслідування.

Принцип забезпечення безпеки учасників одночасного допиту від інфікування ТБ, в такому випадку, буде реалізований, зокрема, під час здійснення розглядуваного підготовчого заходу. Як зазначають Н. Черняк та А. Гаркуша, дистанційне досудове розслідування передбачає можливість проведення окремих СРД за умов, що учасники таких дій на момент їх проведення перебувають у різних місцях, географічно віддалених одне від одного на відстані, що створює неможливість безпосереднього контакту [322], під час здійснення якого ризик інфікування осіб на ТБ найбільший.

Ватро зазначити, що виконання заходів адміністративного інфекційного контролю здебільшого покладається на адміністрацію установи, де перебуває хвора на ТБ особа. Наприклад, якщо така особа перебуває на стаціонарному лікуванні у ПТЗ, то заходи адміністративного інфекційного контролю покладено на адміністрацію вказаного лікувального

закладу. Це ж саме стосується установ попереднього ув'язнення та відбування покарань. Що стосується інженерного та індивідуального засобу інфекційного контролю, то у випадку проведення одночасного допиту в режимі відеоконференції, забезпечення цих засобів покладається на слідчого, що ініціював проведення вказаної СРД.

Однак, до теперішнього часу проблемним є правильне застосування технічних засобів. Головною причиною виступає недостатній рівень технічних знань у працівників слідчих підрозділів. У такому випадку цілком доречним є залучення до проведення СРД спеціаліста у даній галузі. Крім того, неможливо не погодитись з думкою О. Козакова, який відносить до проблем застосування відеоконференції у практичній діяльності матеріальний аспект [117].

Враховуючи викладене, можемо зазначити, що під час досудового розслідування мають місце випадки, коли недостатнє матеріально-технічне забезпечення не дозволяє провести дану СРД.

Свою специфіку під час проведення одночасного допиту в режимі відеоконференції з учасником, хворим на заразний ТБ, матиме і такий організаційно-тактичний захід підготовчого етапу як психологічна підготовка учасників.

Зазначимо також, що психологічної підготовки потребуватиме і особа, яка впродовж всієї СРД перебуватиме поруч з учасником одночасного допиту, хворим на ТБ. До таких осіб можуть належати як слідчий, прокурор, так і працівники оперативних підрозділів, спеціалісти, захисники тощо. Психологічна підготовка, в такому випадку, полягатиме в роз'ясненні шляхів та способів передачі вказаного захворювання та у проведенні інструктажу стосовно дотримання засобів індивідуального інфекційного контролю, зокрема: повноцінного харчування, використання персональних респіраторів, гумових печаток, надання хворому окремої канцелярії тощо.

Здійснення наступних організаційно-підготовчих заходів, таких як встановлення обставин, що підлягають з'ясуванню, визначення черговості

допиту, складання плану одночасного допиту в режимі відеоконференції з учасником інфікованим ТБ дихальних шляхів не матиме суттєвих розбіжностей із загальним порядком їх проведення, які досить широко досліджені та висвітлені вченими криміналістами.

Робочий етап одночасного допиту особи у дистанційному досудовому провадженні здійснюється згідно з загальними правилами проведення одночасного допиту. Визначивши наявність заразного ТБ в особи як достатню підставу проведення одночасного допиту в режимі відеоконференції, потребує детального розгляду саме тактика проведення вказаної СРД в такому режимі. Факторами, що впливатимуть на тактику, зокрема, можуть бути: 1) місце перебування учасника одночасного допиту хворого на ТБ; 2) можливість слідчого перебувати поруч з тим чи іншим учасником одночасного допиту; 3) «сумлінність» учасників вказаної СРД.

Саме тому, підготовка та робочий етап одночасного допиту вимагає від слідчого неабияких зусиль, аби забезпечити належну якість вказаної СРД та її результативність.

Доцільно окреслити наступний порядок проведення робочого етапу одночасного допиту в режимі відеоконференції з учасником, хворим на ТБ:

1) Особи, які були викликані на одночасний допит, встановлюються за документами [140, с. 377]. Слід зазначити, що службова особа, яка перебуватиме поруч з учасником СРД, що має заразний ТБ, повинна дотримуватись усього спектру заходів інфекційного контролю.

2) Учасникам одночасного допиту роз'яснюється порядок проведення одночасного допиту, правила поведінки, а також наголошується на необхідності уважно слухати показання один одного, роз'яснюється можливість ставити запитання та давати відповіді лише після дозволу слідчого.

3) Відповідно до вимог ст. 222 КПК України учасникам СРД роз'яснюється щодо недопустимості розголошення відомостей досудового розслідування, у тому числі, стосовно наявності захворювання в одного з

учасників, що є лікарською таємницею, та відноситься до охоронюваної законом таємниці.

4) Учасникам повідомляється про застосування технічних засобів фіксації одночасного допиту.

5) Слідчий роз'яснює права та обов'язки учасників одночасного допиту, залежно від їх процесуального статусу, про що робляться відповідні записи та підписи про ознайомлення у протоколі.

6) Встановлюється чи знають викликані особи одна одну і в яких стосунках вони перебувають.

7) Викликаним особам пропонується по черзі дати показання про ті обставини, для з'ясування яких проводиться одночасний допит. Черговість надання показань слід врахувати на підготовчому етапі цієї СРД.

8) Постановка запитань слідчим.

9) За необхідності, надання можливості учасникам одночасного допиту поставити запитання один одному, стосовно предмету допиту.

10) Фіксація, хід і результати СРД, проведеної у режимі відеоконференції, фіксуються за допомогою технічних засобів відеозапису [148].

Особливостями організації та тактики проведення одночасного допиту є, зокрема такі, що залежать від місця перебування хворого учасника одночасного допиту та його сумлінності. Територіально віддалені одне від одного місця вимагають від слідчого обрати місце, де саме буде перебувати він: поруч зі здоровим або хворим учасником одночасного допиту. Однак, при цьому слідчий мусить керуватися не тільки думками про забезпечення власної безпеки від інфікування туберкульозом, а й про досягнення мети проведення вказаної СРД. Зазначимо, що за таких обставин слідчий повинен бездоганно володіти знаннями щодо способів передачі вказаного захворювання, ПКП, а також мати засоби індивідуального інфекційного захисту та вміти ними користуватись. Ці знання допоможуть слідчому бути впевненим у забезпеченні власної безпеки та приймати тактичні рішення

покликані на найбільш вдале проведення одночасного допиту у режимі відеоконференції.

На нашу думку, приймати вказане рішення слідчий повинен, спираючись на «сумлінність» учасників одночасного допиту та можливість перебування поруч з ними. Так, обрання учасника, поруч з яким перебуватиме слідчий, що проводить вказану СРД, в першу чергу пов'язано з необхідністю встановлення психологічного контакту з допитуваними особами.

На думку М.В. Салтевського, для несумлінного учасника одночасного допиту (очної ставки) достатньо забезпечити психологічний контакт на рівні бажання взаємно сприймати інформацію. Надаючи моральну підтримку («ефект присутності») сумлінному учаснику, слідчий разом із ним справляє потужний психологічний вплив на неправдивого [259, с. 198]. Виходячи з цього, можна дійти до висновку, що слідчий, проводячи одночасний допит в режимі відеоконференції мусить перебувати поруч з сумлінним учасником одночасного допиту, надаючи йому при цьому свою підтримку.

У свою чергу Н.В. Павлова зазначає, що отримати беззаперечні неспростовні фактичні дані можливо лише за умов спілкування «очі в очі», застосування тактичних прийомів як емоційного, так і логічного впливу, тактичних комбінацій, що полягають у поєднанні прийомів інших видів. За інших умов матиме місце лише технічна фіксація фактів. По іншу сторону монітора слідчому або судді складно розпізнати емоційний, вольовий стан допитуваної особи, її жестикуляцію, міміку, манери, звички, неможливо впевнитися, що на неї не здійснюється вплив та тиск з боку присутніх. [199].

Аналізуючи таку позицію вчених, можна дійти висновку, що для забезпечення достовірності наданих свідчень, слідчому краще перебувати поруч з «несумлінним» учасником одночасного допиту, аби краще спостерігати за його емоціями, рухами та іншою невербальною інформацією. Ми цілком погоджуємося з такою позицією вчених та пропонуємо під час проведення одночасного допиту в режимі відеоконференції застосовувати

такий тактичний прийом як *перебування слідчого поруч з «несумлінним» учасником* вказаної СРД.

Також важливим організаційним заходом під час проведення одночасного допиту в режимі відеоконференції, є правильне розташування засобів відеоконференцзв'язку. Камера повинна бути налаштована таким чином, щоб у ракурс камери потрапляла не лише допитувана особа, але й загальний вигляд приміщення, у якому вона перебуває та присутні поруч із нею особи. Це дасть змогу обґрунтовувати у суді відсутність здійснення тиску на допитуваного з боку присутніх осіб.

Не дивлячись на те, що під час проведення СРД у вказаному режимі повинно бути забезпечити належну якість зображення та звуку, яка б дозволила слідчому та присутнім особам з екрану монітора спостерігати за допитуваною особою, вважаємо, що спілкування з несумлінним учасником одночасного допиту «віч на віч» матиме ряд переваг, зокрема: 1) воно буде наповнене більшою емоційністю; 2) дасть змогу краще спостерігати за невербальною інформацією допитуваного (жести, міміка, пітливість, почервоніння обличчя тощо); 3) дасть особі менше часу на вигадання неправдивих свідчень.

Також стосовно запропонованого вище тактичного прийому варто зазначити наступне. Його реалізація тісно пов'язана з місцем перебування несумлінного учасника одночасного допиту, до якого слідчий зможе дістатися без значної затрати часу.

Обравши місце перебування поруч з несумлінним учасником одночасного допиту, що хворий на ТБ слідчий мусить зосередитися на тактиці проведення вказаної СРД та подбати про забезпечення заходів інфекційного контролю (адміністративного, інженерного та індивідуального).

Після закінчення проведення допиту, проведення процесуальних дій у режимі відеоконференції слідчий має ознайомити учасників з її результатами шляхом перегляду відеофонограми: здійснити запис відеофонограми на носії відеозапису, створивши резервну та робочу копії; перевірити якість запису

резервної копії; резервну та робочу копії долучити до матеріалів кримінального провадження; вилучити відеограму з технічного засобу відеозапису. Про хід виконання цих заходів слідчий, прокурор повинні зробити записи у протоколі СРД. Після закінчення СРД у режимі відеоконференції слідчий або за його дорученням спеціаліст зобов'язаний заблокувати технічні засоби відеозапису або вийти з відповідної програми [188, с. 33].

Таким чином, слід наголосити, що використання технічних засобів під час проведення СРД є не тільки т.з. процесуальною можливістю, а, в умовах ризику інфікування ТБ, і обов'язком їх застосування. Відеоконференція, на наш погляд, є ефективним заходом профілактики та протидії зараженню вказаними хворобами і забезпечує «професійну» безпеку працівника поліції під час виконання службових завдань.

Крім того, враховуючи нашу аргументовану позицію стосовно категоричної заборони проводити одночасний допит між особами, що має активний ТБ з одного боку та особою, інфікованою ВІЛ або хворою на СНІД з іншого у звичайних умовах – проведення вказаної СРД цілком можливе та безпечно у разі проведення її у спеціально обладнаному приміщенні для роботи з інфекційними хворими. У зв'язку з цим, нами запропоновано створення в кожному підрозділі органу Національної поліції спеціального приміщення (кабінету) для роботи із інфекційними хворими, зокрема на відкриту форму ТБ.

Висновки до другого розділу

Проведене нами дослідження дозволяє дійти певних висновків. Так, запропоновано розуміти допит як комунікативний контакт суб'єкта, який здійснює кримінальне провадження (слідчий, прокурор, суд), з його учасником, з використанням тактичних прийомів та з метою отримання, перевірки доказової інформації та її фіксації у протоколі.

Доведено, що відповідно до шляхів передачі ВІЛ-інфекції, допит ВІЛ-позитивних та хворих на СНІД не представляє жодної загрози слідчому та присутнім особам в частині передачі вказаного захворювання. Здебільшого організація допиту осіб, що є носіями вказаного недугу, має бути покликана на уникнення дискримінації, стигматизації та порушення прав ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД людей.

Питання організації та тактики проведення допиту в умовах ризику інфікування ТБ є надзвичайно актуальними з точки зору поєднання двох критеріїв, а саме: поширеності та належності до СРД з високим ризиком інфікування ТБ повітряно-крапельним шляхом.

При цьому наявні ризики: 1) тривале перебуванням слідчого з хворим допитуваним в одному приміщенні (найчастіше закритому); 2) необхідність здійснювати комунікативний контакт, під час якого підвищується концентрація виділення МБТ у повітрі; 3) можливе осідання МБТ на поверхнях кабінету та речах, або документах, які слідчий може надавати допитуваному; 4) відсутність засобів індивідуального інфекційного захисту та неналежного рівня знань, щодо способів інфікування ТБ та шляхів мінімізації вказаних ризиків.

Вимоги «безпечного» проведення допиту в умовах ризику інфікування ТБ зумовлюють вжиття ряду організаційних й тактичних заходів на всіх етапах проведення цієї СРД.

Крім того, надано рекомендації стосовно застосування тактичних прийомів, під час робочого етапу допиту осіб, хворих на ТБ, зокрема таких як: встановлення психологічного контакту; викладення показань у формі вільної розповіді; постановка запитань; створення уявлення про інформованість слідчого; пред'явлення доказів; актуалізація забутого в пам'яті допитуваного; застосування звуко- та відеозаписувальних технічних засобів; спостереження за поведінкою допитуваного. Зазначимо, що порівняно зі звичайним допитом, кількість застосування слідчими тактичних прийомів значно скорочується.

Проведення допиту осіб, хворих на ТБ із бактеріовиділенням вимагає від слідчого дотримання наступних вимог: 1) досконале володіння знаннями щодо шляхів зараження туберкульозом; 2) користування навичками з дотримання заходів протитуберкульозного інфекційного контролю (адміністративного, інженерного та індивідуального); 3) мати при собі засоби індивідуального інфекційного контролю та вміло ними користуватися; 4) володіти навичками та засобами для дезінфекції приміщення, які здійснюються після проведення допиту.

Дотримання організаційно-підготовчих та тактичних рекомендацій стосовно проведення одночасного допиту в умовах ризику інфікування ТБ зумовлено необхідністю забезпечення безпеки всіх учасників СРД, що прямо впливає на кількісний та якісний показник проведення одночасних допитів, за участі хворих осіб. Це підтверджується тим, що слідчі з пересторогою ставляться до можливості проведення вказаної СРД за таких умов, та, здебільшого, уникають проведення одночасного допиту, що, в свою чергу, може негативно вплинути на подальший хід досудового розслідування.

Запропоновано 9 організаційно-тактичних заходів на підготовчому етапі проведення одночасного допиту з учасником хворим на ТБ або ВІЛ-інфекцію, спрямованих на покращення якості проведення вказаної СРД, а також мінімізують ризик інфікування слідчого та інших учасників одночасного допиту, а також присутніх осіб: 1) визначення доцільності проведення; 2) психологічна підготовка учасників одночасного допиту (з акцентом на роз'ясненні відносно здоровому учаснику СРД шляхів інфікування вказаними недугами та переконання у безпечності перебування поруч з ВІЛ-інфікованою особою); 3) якісне та повноцінне застосування заходів інфекційного контролю відносно до приміщення де буде проведено одночасний допит з хворим на активний ТБ та відносно усіх присутніх осіб; 4) визначення часу та місця проведення одночасного допиту (з акцентом на можливість проведення одночасного допиту з хворим на заразний туберкульоз у спеціальному приміщенні або в режимі відеоконференції, або в

кінці робочого дня); 5) проведення додаткового допиту (із застосуванням широкого кола тактичних прийомів, спрямованих на усунення протиріч); б) визначення осіб, між якими буде проведено одночасний допит, та черговості їх допиту (з заборонаю проведення у звичайних умовах одночасного допиту між особою, хворою на активний туберкульоз та ВІЛ-інфікованою або хворою на СНІД); 7) вибір учасника, який першим буде давати показання; 8) визначення та підготовка технічних засобів фіксації; 9) складання плану одночасного допиту.

Визначені особливості робочого етапу проведення одночасного допиту, які полягають у необхідності дотримання прав та законних інтересів усіх учасників СРД (особливо хворих на ВІЛ/СНІД або ТБ) та забезпечення досягнення мети її проведення, в умовах нерозголошення лікарської таємниці та врахування психоемоційного стану таких осіб.

На заключному етапі при складанні протоколу наголошено на заходах, які сприяють процесуальній економії часу (застосування технічних засобів), а також мінімізують ризики інфікування ТБ та ВІЛ-інфекцією.

Нами визначені альтернативні способи проведення допиту та одночасного допиту за участю осіб, хворих на заразний ТБ, це: відеоконференція або спеціально обладнане приміщення, де будуть дотримані усі форми протитуберкульозного інфекційного контролю.

Запропоновано запровадити створення в кожному слідчому підрозділі органу Національної поліції спеціального приміщення (кабінету) для роботи із інфекційними хворими, зокрема на відкриту форму ТБ, під яким розуміється відповідно облаштоване приміщення територіального підрозділу Національної поліції, у якому дотримано усі заходи протитуберкульозного інфекційного контролю (адміністративного, інженерного та індивідуального).

Побудова спеціального приміщення в територіальних підрозділах Національної поліції або відповідне облаштування вже існуючого приміщення (кабінету), із застосуванням заходів інфекційного контролю забезпечить якісне та безпечне проведення як СРД за участі інфекційних

хворих та, зокрема, хворих на ТБ осіб; значно скоротить час на підготовку слідчого до роботи з такими людьми, зменшить ризик інфікування; сприятиме якійсь концентрації на роботі (психоемоційний стан слідчого), а не на хвилюванні за власне здоров'я; збільшить кількість часу через відсутність необхідності проведення дезінфікуючих заходів до і після СРД; забезпечить можливість обрання черговості проведення допитів, незважаючи на стан здоров'я допитуваних тощо.

Доведено, що проведення СРД у режимі відеоконференції є не тільки т.з. процесуальною можливістю, а, в умовах ризику інфікування ТБ, і обов'язком їх застосування. Відеоконференція, на наш погляд, є ефективним заходом профілактики та протидії зараженню вказаними хворобами і забезпечує «професійну» безпеку працівника поліції під виконання службових завдань.

РОЗДІЛ 3

ОРГАНІЗАЦІЙНО-ТАКТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ НОНВЕРБАЛЬНИХ СЛІДЧИХ (РОЗШУКОВИХ) ДІЙ В УМОВАХ РИЗИКУ ІНФІКУВАННЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ АБО ТУБЕРКУЛЬОЗОМ

3.1. Організаційно-тактичні особливості огляду місця події

Відповідно до запропонованої нами у підрозділі 1.3 класифікації, огляд місця події (далі - ОМП) відноситься до СРД, з високим ризиком інфікування ТБ (повітряно-крапельний, повітряно-пиловий та контактний способи) та ВІЛ-інфекцією (парентеральний спосіб). Поєднання ризиків інфікування вказаними захворюваннями викликане, здебільшого, належністю огляду до нонвербальних СРД залежно від прийомів отримання інформації, оскільки, під час його проведення, отримання інформації з об'єктів матеріального світу шляхом вимірювання, спостереження, порівняння тощо переважає над мовленнєвим.

Безсумнівно, кожний злочин залишає в навколишньому середовищі комплекс слідів, що є джерелами доказової інформації [16]. В цей же час, вказані сліди, у вигляді об'єктів матеріального світу, можуть містити на собі збудники різних патогенів, у тому числі ВІЛ та ТБ.

Як слушно зазначають М.М. Єфімов та А.В. Іваниця, отримана у ході ОМП інформація, як правило, дозволяє вирішити основоположне питання: чи вчинений злочин або подія має інший, некримінальний, характер. Тому від своєчасності і якості поведеного огляду місця події багато в чому залежить успіх всього розслідування [99, с. 75]. Крім того, вказана СРД, за думкою науковців має на меті: вивчення обстановки місця події для з'ясування характеру й обставин події; виявлення, збирання, закріплення, попереднє дослідження й оцінювання слідів та інших речових доказів; отримання інформації для висування версій; отримання даних для організації слідчих (розшукових) дій [115, с. 125; 184, с. 519], а також дозволяє слідчому безпосередньо сприймати місце події [134, с. 3]

ОМП, як слушно зазначають О.А. Борідько, К.В. Парасочкіна, Г.О. Пономаренко та Ю.А. Чаплинська є досить складною слідчою дією, що вимагає високої кваліфікації працівників, які беруть у ньому участь. Йому притаманна багатоманітність об'єктів, що підлягають дослідженню. Ці об'єкти необхідно виділити з маси предметів, обрати вірний метод їх дослідження, вміти критично оцінювати результати [307, с. 262; 43, с. 4]. Зважаючи на це, співробітники правоохоронних органів, зокрема, слідчі, дізнавачі, оперуповноважені, експерти, дільничні інспектори поліції, повинні широко застосувати увесь арсенал загальних та спеціальних методів криміналістики, особливо техніко-криміналістичних засобів й методів роботи зі слідами та іншими речовими об'єктами, що дозволить ефективно, якісно та безпечно проводити дану СРД.

Таким чином, аналізуючи думки вчених-криміналістів та процесуалістів, можна сміливо стверджувати, що ОМП характеризується першочерговістю, безпосередністю, неповторністю, незамінністю іншими СРД та високою інформативністю.

Ми погоджуємось з думкою Г. Щербакової, яка зауважує, що, зважаючи на те, що ОМП є основною інформативно-пошуковою СРД, законодавцем закріплено в ч. 1 ст. 237 КПК України можливість у невідкладних випадках проводити його ще до внесення відомостей до ЄРДР. Це пов'язано з тим, що саме своєчасне та вміле проведення огляду дає змогу отримати важливу інформацію, що має доказове значення, сприяє висуненню версій та плануванню розслідування; виявленню та вилученню предметів – носіїв доказової інформації, а згодом призначенню ряду судових експертиз [339, с. 264].

На цьому наголошують і ряд науковців, зокрема, Є.І. Макаренко, С.П. Єфімічев, М.Я. Гуцуляк, Н.А. Сьоміна, говорячи, що така невідкладність пояснюється необхідністю отримання інформації про обставини події у первісному, незмінному стані, оскільки будь-яке зволікання спричиняє втрату речових доказів та зміну слідової картини [83, с. 218 ; 169, с. 8; 71].

Ми погоджуємося з висловленими думками вчених, оскільки чим більше часу проходить з моменту вчинення суспільно небезпечного діяння до проведення за ним відповідних невідкладних СРД, тим за меншою кількістю кримінальних правопорушень встановлюються особи, що їх вчинили. Крім того, зволікання із проведенням ОМП може спричинити низку негативних для розкриття та розслідування злочину наслідків, зокрема, до зміни обстановки, псування або знищення речових доказів, зникнення слідів або особи, що вчинила кримінальне правопорушення тощо.

Однак, не зважаючи на поширеність застосування, його можна віднести до найскладніших та найоб'ємніших СРД у процесі досудового розслідування. Це вимагає від особи, яка його проводить, належних знань щодо застосування техніко-криміналістичних засобів й методів роботи зі слідами та об'єктами з дотриманням правил особистої безпеки. Такий підхід не тільки покращить результативність проведення ОМП, а й допоможе запобігти небажаним наслідкам, зокрема таким як інфікування ТБ, ВІЛ або іншими інфекційними хворобами [236, с. 109].

Питання організації та тактики проведення ОМП були предметом дослідження багатьох вчених, однак, розгляду особливостей проведення огляду місця події з урахуванням ризику інфікування ТБ та/або ВІЛ/СНІД як особи, що проводить вказану СРД, так і інших осіб, що беруть участь у її проведенні належної уваги приділено не було.

Огляд місця події, на думку В.К. Весельського – це СРД, мета якої полягає в дослідженні матеріальної обстановки місця події шляхом безпосереднього особистого її сприйняття слідчим, іншими учасниками огляду з метою виявлення, фіксації та вилучення слідів кримінального правопорушення та інших речових доказів, – з'ясування механізму події та інших обставин, що мають значення для провадження [140, с. 331].

Академічний тлумачний словник української мови розкриває зміст слова «безпосередньо» як такий, що не має проміжних ланок, здійснюється

без посередництва кого-, чого-небудь; прямий [266]. Звідси впливає певна кількість ризиків для життя та здоров'я особи, що проводить вказану СРД.

Розглядаючи ризики зараження слідчого на ВІЛ/СНІД або ТБ, під час проведення огляду місця події, можемо перелічити найбільш поширені з них, а саме:

- ризики, що залежать від об'єкта інфікування: 1) живі особи, що присутні під час проведення огляду; 2) предмети побуту, розташовані на місці події; 3) сліди та знаряддя злочину; 4) трупи;

- ризики, що залежать від спрямованості умислу інфікованої особи відносно слідчого: 1) умисне інфікування від живої особи; 2) необережне інфікування (наприклад, під час надання долікарської допомоги особі або спілкуванні з нею) [236, с. 110].

Справедливо вважається, що безпосереднє сприйняття слідчим обстановки місця події і виявлених речових доказів стає тим вихідним матеріалом, ознайомлення з яким дозволяє відновити подію злочину, а в окремих випадках встановити й особу злочинця. Таке сприйняття має не тільки загальні закономірності психологічного механізму його здійснення, але й специфічні риси, до яких може бути віднесена професійна вибірковість сприйняття, точна і швидка оцінка сприйняття, здатність до виявлення речових доказів тощо. Специфіка сприйняття відбитків злочину визначає і саму тактику ОМП, і ті тактичні прийоми (їх системи), які можуть бути використані [331, с. 20].

Як стверджує М.М. Єфімов, ОМП є однією з найбільш складних у плані підготовки та проведення СРД, аргументуючи це тим, що з самого початку слідчий, у більшості випадків, не знає коли, де та за яких умов він буде його здійснювати [84, с. 77]. Таким чином, на підготовчому етапі проведення ОМП, важливу роль відіграє наявність вичерпної початкової інформації про вчинений злочин та місце події, яке потрібно оглядати.

Однак, в більшості випадків, слідчий, що чергує у складі СОГ, отримує від чергового інформацію лише стосовно адреси місця події. Саме тому,

слушною є думка І.О. Возгріна, про те, що через раптовість отримання інформації, всю підготовку до ОМП слід проводити в максимально стислі строки [58, с. 54]. Не має значення, на думку А.П. Аленіна та О.О. Торбаса, чи було вчинено кримінальне правопорушення однією особою, організованою групою чи злочинною організацією, якщо у слідчого існує необхідність провести огляд місця події, така слідча (розшукова) дія повинна бути проведена негайно [20].

Як наслідок, справедливо відмічає С.О. Тіщенко, у слідчого здебільшого немає можливості підготуватися до огляду, оскільки він не знає коли, де та за яких обставин він проводитиме ОМП. Слідчому, перед виїздом на місце вчинення кримінального правопорушення, необхідно проаналізувати наявну інформацію про повідомлене кримінальне правопорушення, для того щоб зрозуміти, працівників яких служб необхідно задіяти, тобто чи потрібно залучати спеціаліста, чи є необхідність задіяти інших працівників поліції. Також слідчий повинен прийняти рішення, які засоби фіксації необхідно використати під час проведення ОМП [285]. Однак, варто зазначити, що вкрай рідко слідчий може отримати інформацію стосовно місця події – об'єкту огляду, щодо його належності до небезпечного, з точки зору інфікування ВІЛ або ТБ.

Відповідно, обстановка проведення огляду (наприклад місце мешкання осіб, що вживають наркотичні засоби тощо) має вказати слідчому, дізнавачу, або іншому працівнику, що проводить вказану СРД на вірогідність захворювання мешканців вказаного житла на ТБ або ВІЛ/СНІД.

Вважаємо, що кожне місце має розглядатись як потенційно небезпечне.

Однак, ми пропонуємо розглядати об'єкти огляду – місця події, з точки зору їх небезпечності інфікування на ВІЛ/СНІД та ТБ, як:

- особливо небезпечні;
- небезпечні;
- відносно безпечні.

Критеріями такого поділу місць огляду слугує отримана інформація телефоном, або особисто, під час прибуття на відповідне місце огляду, а також інформація, отримана від присутніх на місці людей стосовно наявності потенційних джерел інфікування на ВІЛ або ТБ.

Так, особливо небезпечними є місця огляду, що виступають місцем мешкання або тривалого перебування хворих на ТБ дихальних шляхів осіб, та осіб, віднесених до груп підвищеного ризику на захворювання ТБ та/або ВІЛ-інфекцією (місця тривалого або тимчасового перебування наркоманів; осіб, що відбували покарання в місцях позбавлення волі; осіб без визначеного місця проживання тощо). Так, І.О. Роцина, аналізуючи статистичні дані, надані експертами ООН та В. Табачниковим, директором науково-дослідного інституту соціальної й судової психіатрії наркоманії України, зауважує, що «на офіційному обліку у наркодиспансерах перебуває нині (станом на 2015 рік) 85 тисяч хворих, з них 97% – це ін'єкційні наркомани. ... За офіційними даними, кількість зареєстрованих ВІЛ-інфікованих серед наркоманів – 76 тисяч. Із них 47 тисяч, тобто більше 60%, – споживачі саме ін'єкційних наркотиків. У той же час, згідно експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я, майже 300 тисяч українців є ін'єкційними наркоманами» [254; 187]. Відповідно, місце мешкання або тривалого перебування кожного з них містить фактори загрози інфікування працівників поліції, що проводитимуть огляд та присутніх осіб.

Також до вказаних особливо небезпечних місць відносяться місця з порушеними санітарно-гігієнічними нормами (борделі; притони; місця незаконного проведення хірургічних втручань тощо) та місця, де можливе виникнення конфлікту між працівниками поліції та хворим на туберкульоз чи ВІЛ-інфекцію. Також ми відносимо до особливо небезпечних, з точки зору ризику інфікування на ВІЛ або ТБ, місця огляду, де міститься велика кількість слідів біологічного походження (кров, сперма, слина тощо), які, в свою чергу, можуть бути невидимі для неозброєного ока та, відповідно, містити збудники захворювань.

Небезпечними місцями проведення огляду, з точки зору ризику інфікування є місця, де ймовірно можуть перебувати або раніше перебував хворий на перелічені захворювання, або особа, відносно якої у слідчого виникла підозра про наявність захворювання. Вказану інформацію слідчий, найчастіше отримує від присутніх осіб, безпосередньо перед, або ж в процесі проведення огляду. Окрім цього, на віднесення місця, що оглядається, до особливо небезпечного або небезпечного, можуть вказувати виявлені під час огляду сліди, зокрема, лікарські засоби, шприці, наркотичне обладнання, сліди крові тощо.

Відносно безпечними місцями огляду є місця або приміщення загального користування окремих груп людей, або якими користуються особи, не віднесені до груп підвищеного ризику (банківські установи, офіси компаній, складські приміщення).

Залежно від категорії місця огляду, слідчим обирається найбільш доцільна тактика, яка забезпечить уникнення ризику інфікування. Однак, вважаємо, що навіть отримання вичерпної інформації про відносну безпечність місця проведення огляду стосовно ризику інфікування, слідчим повинно розглядатись кожне місце огляду як потенційно небезпечне, що вимагає дотримання заходів індивідуального інфекційного захисту.

Специфіка ОМП, яка виділяє його з-поміж інших СРД, полягає в тому, що: 1) огляд місця події має на меті виявлення невизначеного кола доказів, характер яких диктується особливістю злочину, способом його вчинення і приховування; 2) при виявленні тієї чи іншої інформації слідчий повинен вирішити питання щодо її належності до розслідуваного злочину та доказового значення [123, с. 49-50].

Таким чином, завданням ОМП є: виявлення слідів злочину; встановлення обстановки події, механізму вчинення злочину, напрямів розслідування та розроблення загальних версій стосовно події злочину та його учасників; одержання вихідної інформації для організації пошуку

злочинця і проведення першочергових невідкладних слідчих (розшукових) дій [41].

Проведення ОМП, як і більшості СРД складається з 3 етапів: підготовчого, робочого та заключного, на кожному з яких існують різні фактори виникнення ризику зараження ВІЛ/СНІД та туберкульозом працівника поліції.

В сучасній криміналістичній літературі прийнято вважати, що **підготовчий етап** огляду місця події, складається з двох періодів: до виїзду на місце події та після прибуття на місце.

Аналізуючи думки вчених-криміналістів з цього приводу, зокрема, В.М. Глібко, А.Л. Дуднікова, В.А. Журавля та В.Ю. Шепітька, І. Мороз до підготовчих дій до виїзду на місце події відносять такі:

1) вжиття заходів (через органи поліції або адміністрацію установи) щодо охорони місця події та надання допомоги потерпілим;

2) забезпечення безпеки громадян на ділянках, які межують із місцем події; приготування необхідних науково-технічних засобів; визначення кола осіб, які братимуть участь в огляді, згідно з характером злочину (судово-медичний експерт, експерт-криміналіст, кінолог тощо);

3) вирішення питання про запрошення понятьх.

Також, після прибуття на місце події, слідчий вживає таких заходів: 1) упевнюється в наданні допомоги потерпілому; 2) проводить коротке опитування свідків; 3) дає доручення працівникам поліції щодо проведення необхідних оперативно-розшукових заходів; 4) усуває з місця події сторонніх осіб; визначає функції кожного учасника огляду та роз'яснює їм їхні права та обов'язки [185, с. 220-221].

Ми не будемо детально зупинятись на кожній з перелічених дій підготовчого етапу огляду місця події, а розглянемо деякі з них крізь призму проведення огляду місця події в умовах існування ризику інфікування ВІЛ та ТБ, а також запропонуємо додаткові організаційно-підготовчі дії, що

покликані на уникнення та мінімізацію ризиків інфікування, яким, до цього часу, належної уваги з боку науковців приділено не було.

На вказаному етапі ОМП, як і під час **загальної (оглядової) стадії робочого етапу**, яскраво виражені ризики зараження слідчого на ТБ або ВІЛ/СНІД, що можуть надходити від присутніх на місці події осіб, а також ризик умисного зараження працівника поліції особою, що вчинила кримінальне правопорушення та була затримана на місці. Враховуючи той факт, що при першій зустрічі з особою, слідчому важко встановити наявність або відсутність у неї відкритої форми ТБ або ВІЛ/СНІДу, вважаємо за необхідне працівнику поліції ставитися до усіх осіб та предметів, як до потенційно небезпечних та дотримуватися правил особистої безпеки та гігієни.

Слушним з цього приводу є твердження І.В. Волинець та С.І. Петльовської, про те що під час огляду місця події необхідно працювати тільки в гумових рукавичках, медичних масках, шапочках, бахілах, не залишаючи додаткових слідів свого перебування. Це правило поширюється на усіх спеціалістів, а у разі потреби на осіб, які безпосередньо беруть участь в огляді місця події [59]. Крім того, вказане правило додатково виступає засобами індивідуального інфекційного захисту як працівника поліції, що проводить ОМП, так і присутніх осіб. Саме тому, на наше переконання, підготовка та перевірка засобів індивідуального інфекційного захисту (рукавичок, медичних масок, шапочок, халатів та бахіл) повинна бути включена до обов'язкових заходів забезпечення ОМП.

Особливо гостро постає питання щодо застосування засобів індивідуального захисту, враховуючи думки проанкетованих нами працівників слідчих підрозділів Національної поліції.

Так, на запитання, «чи вважаєте Ви доцільним, з точки зору уникнення ризику інфікування ВІЛ або ТБ, застосовувати засоби індивідуального захисту (медичну маску, рукавички, халат, бахіли) під час проведення огляду місця події у будь-якому разі?», нами було отримано наступні результати:

1) так, вважаю це необхідним у будь-якому разі – 78 %; 2) так, вважаю це доцільним, але залежно від конкретного місця події, що оглядається – 19%; 3) ні, вважаю, що ОМП безпечно проводити без застосування засобів індивідуального захисту – 3%.

Таким чином, аналізуючи результати проведеного анкетування, можемо сміливо наголошувати на необхідності здійснювати підготовку та перевірку засобів індивідуального захисту, як однієї з організаційно-технічних дій підготовчого етапу проведення ОМП. Однак, заслуговують на увагу і результати анкетування, стосовно реального використання слідчими засобів індивідуального інфекційного захисту у своїй практичній діяльності під час проведення ОМП. Так, нами встановлено, що ствердну відповідь, щодо регулярного їх використання надали лише 1% проанкетованих слідчих. Ще 15 % опитаних слідчих повідомили про те, що вкрай рідко користуються відповідними засобами під час ОМП. Однак, сумною є статистика, що 84% взагалі не використовують засоби індивідуального інфекційного захисту під час проведення вказаної СРД.

Нами також було встановлено, що, здебільшого, нехтування застосуванням медичних масок, рукавичок, халатів тощо викликано відсутністю їх у слідчого внаслідок незабезпечення ними з боку держави та браку особистих коштів на їх придбання (91%). 5% повідомили, що не використовують вказані засоби лише через те, що відсутнє забезпечення з боку держави, та лише 3 % вважають, що засоби індивідуального інфекційного захисту під час проведення ОМП є взагалі недоцільним.

Однак, слід зауважити, що існуюча ситуація з поширенням та оголошенням пандемії COVID-19, дещо змінила ставлення правоохоронців. Застосування ними засобів індивідуального інфекційного захисту значною мірою сприяють мінімізації ризику інфікування ВІЛ або ТБ. Однак, значний вплив на це відіграли ЗМІ та вимоги МВС. Враховуючи існуючі ризики інфікування слідчого ВІЛ та ТБ органів дихання під час проведення ОМП,

вважаємо необхідним здійснювати забезпечення підрозділів Національної поліції засобами індивідуального інфекційного захисту за державні кошти.

При цьому, слідчий має бути обізнаним про способи передачі захворювань, способи захисту та постконтактну профілактику, аби бути максимально сконцентрованим саме на проведенні ОМП. Підтвердженням цього є думка В.К. Весельського, який зазначає, що при огляді розумова діяльність слідчого протікає на тлі тих психічних процесів, що визначають його стан і здатність виконання професійних завдань [53, с. 153]. Тому важлива концентрація слідчого на максимально ефективному проведенні ОМП, без відволікання, переймань та зайвої перестороги стосовно можливого інфікування від певних осіб чи предметів. Ми вважаємо за доцільно додати до вказаного переліку заходів, що здійснюються на підготовчому етапі, необхідність слідчого перевірити наявність аптечки, засобів індивідуального захисту шкіри та дихальних шляхів.

Після проведення організаційно-підготовчих заходів, як зазначає К.О. Чаплинський, слідчий переходить безпосередньо до огляду, під час якого знайомиться з обстановкою місця події, визначає межі огляду, висуває версії стосовно події злочину (робочий етап). Якщо діяльність слідчого на підготовчому етапі має організаційний характер, то на робочому етапі вона набуває дослідницького характеру. Робочий етап слідчого огляду складається з низки тактичних заходів, що передують самому огляду та супроводжують його [317, с. 74].

Важливе значення при проведенні **детальної стадії** ОМП займає послідовність його проведення. Деякі науковці дають їй визначення як методу дослідження. У конкретній слідчій ситуації методи дослідження виступають як тактичні прийоми дослідження, оскільки, як зазначає ряд науковців, зокрема, В.К. Лисиченко, Н.І. Клименко, П.Д. Біленчук, А.П. Гель, В.К. Весельський, сама слідча (розшукова) дія є методом пізнання злочину як сукупність систематизованих прийомів і засобів дослідження об'єкта [317, с. 80; 40, с. 27; 137, с. 301; 138, с.128].

Залежно від ситуації, що склалася, як зазначає М.М. Єфімов, слідчий повинен самостійно вирішувати питання про застосування того чи іншого методу ОМП [85]. Ми цілком підтримуємо вказану позицію вченого. Залежно від ситуації, обстановки, характеристики місця події, що підлягає огляду, слідчий може використовувати наступні методи дослідження: статичний, динамічний, концентричний, ексцентричний, фронтальний (лінійний), секторний, квадратний, вузловий, комбінований, вибіркового (суб'єктивного), суцільний (об'єктивного), детальний, загальний [317, с. 76-79]. Приймати рішення про застосування того чи іншого методу дослідження слідчий повинен, враховуючи надані криміналістичною наукою поради, розгляд яких не входить в предмет нашого дослідження. Однак, в ході проведення ОМП будь-яким методом дослідження, слідчий мусить враховувати наявні ризики інфікування ВІЛ-інфекцією та ТБ, та відповідно, коригувати свої дії, дотримуючись заходів інфекційного контролю.

Під час проведення детальної стадії робочого етапу ОМП, впливають ризики інфікування, пов'язані із детальним оглядом об'єктів, вилученням об'єктів зі слідами на них та самих слідів, що супроводжується тактильним контактом з ними. Слід додати, що вказаної процедури не можна уникати у жодному випадку. По перше, зобов'язання вилучати речові докази визначено Інструкцією «Про порядок вилучення, обліку, зберігання та передачі речових доказів у кримінальних справах, цінностей та іншого майна органами дізнання, досудового слідства і суду», затвердженою Наказом № 51/401/649/471/23/125 від 27.08.2010 та, як вдало зазначає Г. Щербакова, ігнорування виявлених на місці події слідів крові, або багатьох інших слідів, їх поверхнева фіксація позбавляє можливості: висувати версії щодо ознак події, поведінки її учасників; робити попередні висновки про застосовані предмети й інструменти, механізм їх дії на об'єкт (перешкоду, жертву), напрямок їх руху, спосіб застосування тощо [339, с. 267]. Ми поділяємо цю думку та наголошуємо на тому, що при ОМП повинні бути виявлені, зафіксовані і досліджені всі фактичні обставини, які можуть мати доказове

значення. Отримані докази нададуть можливість використовувати їх при проведенні інших СРД.

Так, з метою ефективного проведення огляду та безпечного вилучення слідів злочину, усі речовини біологічного походження та порівняльні зразки повинні розглядатися як такі що становлять підвищену біологічну небезпеку. Зразки потенційно можуть надавати носії ВІЛ/СНІДу, ТБ, гепатиту В і С, або інших патогенів [11].

Необхідно зазначити, що в криміналістиці та судовій медицині, під слідами біологічного походження найчастіше розуміють сліди-нашарування речовин, які походять від тіла людини, або такі, щодо яких передбачається, зазначене їх походження. Найчастіше на місці події можуть бути вилучені сліди крові, сперми, слини, сечі, калу, піхвових виділень, волосся, частки тканин тіла, а також інші речовини [306, с. 258-259]. Особливу небезпеку біологічних слідів становить те, що у ряді випадків вони можуть бути слабо видимими, або ж взагалі невидимими неозброєним оком. Їх називають мікрооб'єктами [234, с.296].

За визначенням Л.П. Баканової, мікрооб'єкти – це матеріальні об'єкти, пов'язані з подією злочину, пошук, виявлення, вилучення та дослідження яких у зв'язку з їх малими розмірами, масою ускладнені або неможливі за допомогою неозброєного ока: ці дії можуть бути здійснені спеціальними технічними засобами, що забезпечують можливість роботи з малими кількостями речовини [26, с.119].

Отже, виявлення більшості таких слідів потребує застосування сучасної спеціальної техніки. Для виявлення деяких слабо видимих слідів, або ж слідів невеликого розміру достатньо застосовувати звичайні збільшуючі та освітлюючі прилади, для інших – сучасні лазерні, монохромні або ж ультрафіолетові освітлювачі. Та, як зазначає В.І. Цимбалюк, навіть такої техніки може бути недостатньо для виявлення зовсім малих клітин, таких як клітини, або ж таких, що не дають освітлення [306, с. 259].

Р.І. Благута, О.В. Захарова, М.Ю. Ковальська до технічних засобів для виявлення слабковидимих слідів біологічного походження відносять наступні: лупа з підсвіткою, освітлювальні прилади, переносні джерела ультрафіолетового опромінення та зазначають, що огляд поверхонь предметів і одягу слід проводити в косопадаючому світлі з допомогою криміналістичної лупи. При візуальному виявленні підозрілих слідів, приміщення, де проводять огляд, затемнюють і на плями, подібні на кров'яні, спермальні, слинні, направляють ультрафіолетові промені. Кров дані промені поглинає, що виявляється у вигляді темних «бархатистих» плям. Сперма і слина флуоресціюють блідо-голубим світінням. Сліди сперми, змішані з кров'ю, не флуоресціюють. Використовувати ультрафіолетове опромінення слід тільки для виявлення малопомітних мікрослідів. Враховуючи, що ультрафіолетові промені руйнують ДНК крові та сперми, освітлювати ними підозрілі сліди рекомендується не більше 5 секунд [92, с. 89].

Відповідно, постає питання про необхідність залучення спеціаліста до проведення огляду місця події.

Ми цілком підтримуємо позицію, яку висловлює О.В. Одерій, стосовно того що особливого значення набуває необхідність участі спеціаліста під час ОМП, що обумовлюється швидкими динамічними змінами наслідків події під впливом природних (активне пересування повітряних мас, зміна атмосферних умов) або штучних чинників (наприклад, навмисні дії з метою усунення наслідків або їх приховування). Особисте сприйняття спеціалістом обстановки місця події, безпосередній огляд та оцінка ним суттєвих для дослідження обставин, не можуть у повній мірі бути компенсовані ознайомленням, навіть, з найдокладнішими матеріалами огляду [194].

Слушною є думка І.В. Пирога, що спеціалістом у кримінальному провадженні, надається криміналістична, консультативна, методична та технічна допомога. Криміналістична допомога полягає у підготовці, організації та проведенні певної СРД; виявленні, фіксації, вилученні доказів, підборі зразків для експертного дослідження. Методична допомога з боку

спеціаліста під час проведення СРД полягає у роз'ясненнях термінів, що використовуються в окремій галузі знань, правильних назв вилучених об'єктів або їх частин. Іноді під час складання протоколу слідчий записує цю інформацію під диктовку спеціаліста. Технічна допомога слідчому надається під час використання техніко-криміналістичних засобів у процесі проведення СРД; огляді, виявленні, фіксації та вилученні речових доказів; складанні схем, креслень тощо. Консультативна допомога виражається в усних роз'ясненнях, довідках зі спеціальних питань, що можуть виникнути або виникають під час підготовки та проведення СРД, процесуальному оформленні їх результатів [207, с. 262].

Звичайно, що слідчий не може в повній мірі володіти спеціальними знаннями, стосовно правильного застосування техніко-криміналістичних засобів для виявлення, вилучення та фіксації слідів біологічного походження, підборі зразків для експертного дослідження тощо. Тому, ще на підготовчому етапі ОМП, а саме, до виїзду на місце огляду, слідчий мусить прийняти рішення щодо залучення спеціаліста [234, с. 297], відповідно до положень Інструкції про порядок залучення працівників органів досудового розслідування поліції та Експертної служби МВС України, затвердженої наказом МВС України від 03.11.2015 № 1339.

Окрім цього, разом із дослідженням матеріальних об'єктів, які несуть у собі загрозу інфікування на ВІЛ та ТБ, особі, що проводить вказану СРД, необхідно здійснювати комунікацію із людьми, які причинно пов'язані із такими матеріальними об'єктами [332, с. 153]. Це необхідно як для з'ясування їх правового статусу і дотримання їх прав та свобод, так і забезпечення ефективного проведення ОМП, з'ясування обставин злочину, виявлення його окремих слідів, що значно підвищує ризик інфікування ТБ, якщо співрозмовник виявиться носієм активної форми вказаного недугу.

Розглянемо також залучення понятих до проведення ОМП.

Відповідно до проведеного нами анкетування, маємо дані стосовно того, що 89% слідчих воліли б не запрошувати до участі понятих, зокрема під

час проведення ОМП, у тому числі до проведення огляду житла, аргументуючи це наступними чинниками: впевненістю, що участь понятих можливо замінити шляхом проведення безперервної відео фіксації; переконанням, що в деяких випадках запрошення понятих може спричинити ризик для їх життя та здоров'я; складністю у певному випадку відшукати бажаних бути понятими під час СРД, особливо у ранній або пізній час доби, та у разі погіршення погодних умов.

Результати проведеного нами анкетування цілком підтверджуються опитуванням, що було проведено О.Л. Булейко, відповідно до якого 96% з опитаних відповіли, що в їхній практичній діяльності мають випадки відмови понятих від участі у СРД, при цьому 63% опитаних вказали на те, що такі випадки трапляються часто [44, с. 133.].

Однак, мусимо констатувати, що огляд житла чи іншого володіння особи здійснюється з обов'язковою участю не менше двох понятих, незалежно від застосування технічних засобів фіксування відповідної СРД (ч. 7 ст. 223 КПК України) [148].

Ми твердо переконані на необхідності скасування обов'язкової участі понятих, під час проведення огляду житла. Зокрема, наша позиція аргументована тим, що житло особи може бути місцем, що є особливо небезпечним з точки зору інфікування на ТБз дихальних шляхів. Особливо, якщо це місце є житлом особи, що має відкриту форму ТБ та не лікується. Зауважимо, що, проводячи огляд такого житла, слідчий навіть особисто може не володіти інформацією, про перебування там вказаної особи. А тому, запрошення до огляду понятих наражатиме їх на небезпеку для життя та здоров'я.

Ми погоджуємося з О.Л. Булейко, про те що скасування інституту понятих жодним чином не вплине на забезпечення та дотримання прав та законних інтересів учасників кримінального судочинства, оскільки кримінальне процесуальне законодавство передбачає систему більш дієвих процесуальних гарантій. Авторка називає такими гарантіями: участь у

провадженні СРД зацікавлених у результаті вирішення справи осіб; повну фіксацію ходу та результатів СРД технічними засобами; наявність дієвої системи прокурорського нагляду, відомчого та судового контролю за законністю на стадії досудового розслідування; стадійність кримінального процесу України, яка передбачає можливість перевірки та перегляду висновків, що розроблені у справах на попередніх стадіях [45, с. 134].

Однак, поки законодавчо закріплено необхідність залучення понятих до огляду житла, що може бути особливо небезпечним місцем з точки зору ризику інфікування, вважаємо, що слідчий, у разі виникнення підстав вважати, що місце події може бути небезпечним для інфікування ВІЛ або ТБ, зобов'язаний провести інструктаж та забезпечити усіх залучених до проведення вказаної СРД осіб засобами індивідуального інфекційного захисту. Відповідно, постає необхідність у забезпеченні працівників слідчих підрозділів такою кількістю засобів індивідуального захисту, яка б дозволила реалізувати дотримання принципу забезпечення безпеки усіх учасників огляду від ризику інфікування ТБ або ВІЛ.

З точки зору можливості отримання інформації стосовно знаходження на об'єкті огляду джерела ВІЛ-інфекції або ТБ, вважаємо за можливе, отримання вказаної інформації, зокрема, від понятих, у тому випадку, коли понятими виступають сусіди. Відповідно вони можуть надати інформацію, яка безпосередньо або опосередковано вказує на належність мешканців до груп підвищеного ризику інфікування, або, відповідно, про наявність у них вказаних захворювань.

Ризики заключного етапу ОМП, здебільшого, пов'язані із процедурою вилучення та упакування виявлених на місці об'єктів, що мають доказове значення, а також з можливою необхідністю дактилоскопіювання трупу.

Після виявлення та огляду слідів біологічного походження розпочинається наступний етап роботи – фіксація [279, с. 216]. З гносеологічної точки зору фіксація доказів – це відображення їх змісту в процесуальній формі. З криміналістичної точки зору «фіксація доказів – це

система дій зі збереження у встановлених законом формах фактичних даних, що мають значення для правильного вирішення кримінального провадження, а також умов, засобів і способів їх виявлення і закріплення» [255, с. 91].

Серед основних методів фіксації В.А. Журавель називає опис, моделювання, вимірювання, та зазначає, що засобами реалізації цих методів виступають: за вербальної форми фіксації – протоколювання, звукозапис, відеозапис; за графічної форми фіксації – графічні відображення (схематичні та масштабні плани, креслення, замальовки); за предметної форми фіксації – вилучення об'єкта в натурі і його консервація, виготовлення матеріальних моделей (реконструкція), в тому числі макетування, копіювання, отримання відбитків, виготовлення зліпків; за наглядово-образної форми фіксації – фотографування, кіно- та відео зйомка [86, с. 165]. Часто, для здійснення якісної фіксації, слідчий потребує допомоги спеціаліста.

Розглядаючи ризик інфікування слідчого на ВІЛ або ТБ, особливу небезпеку інфікування становить предметна фіксація, при якій, як зазначає Т.Є. Балинян відбувається вилучення слідів біологічного походження цілком як з об'єктом-носієм, так і без нього для проведення експертних досліджень і отримання доказової інформації [29, с. 360]. Убезпечити слідчого на даному етапі може досконале знання способу інфікування ТБ повітряно-пиловим шляхом, а також знання, щодо можливого інфікування на ВІЛ через інфіковані біологічні рідини, та, відповідно, застосування засобів індивідуального інфекційного захисту.

Також, Г.С. Бідняк та К.М. Пантелєєв, розглядаючи питання використання спеціальних медичних знань під час огляду пошкоджень одягу трупа на місці його виявлення, зазначають, що фіксують наявність на одязі слідів крові, сперми, сечі, слини, кала тощо, адже їх вид, форма, напрямок, розмір, колір, розташування, ступінь просочування ними тканини дозволяє дійти певних висновків. Зокрема, сліди сперми можуть свідчити про наявність статевого акту; виділення калу, сечі характерні при асфіксії;

розташування та напрямок слідів крові може вказувати на положення тіла під час спричинення ушкоджень; сильне просочування кров'ю окремих частин одягу та значна довжина таких потоків свідчить про тривале перебування тіла у певному положенні. Забруднення одяжі потерпілого певними матеріалами, наявність певних запахів іноді вказують на професійну належність її власника [39]. Це слугує підтвердженням проголошеної нами необхідності якісної та безпечної фіксації усіх біологічних слідів, які, як ми вже неодноразово зазначали, можуть містити у собі збудники різноманітних захворювань.

Заслуговує на увагу твердження І.В. Пирога, стосовно того, що основний обсяг робіт з виявлення, фіксації, вилучення та дослідження матеріальних об'єктів, які несуть на собі слідову інформацію вчиненого правопорушення, як свідчить аналіз практики розслідування кримінальних правопорушень і доводять результати наукових досліджень, провадить в основному спеціаліст. Слідчий лише складає протокол, фіксуючи обстановку на місці події. Безумовно, це стосується складних випадків ОМП, що передбачають значний обсяг роботи та використання спеціальних знань, науково-технічних засобів і відповідних спеціалістів [206]. Також, на думку А.О. Полтавського, після отримання доручення слідчого на проведення динамічної стадії ОМП та завдання на виявлення слідової інформації, спеціалісти визначають алгоритм пошуку доказів (слідів, речей, документів) і методи їх виявлення, після чого узгоджують свої дії із слідчим та за його погодженням приступають до проведення ОМП [216].

Однак, мусимо констатувати, що під час виявлення, фіксації та вилучення відповідних матеріальних об'єктів, навіть, якщо це здійснюється спеціалістом, слідчий перебуває у безпосередній близькості. Крім того, саме на слідчого покладено вирішення питання відносно необхідності вилучення тих чи інших матеріальних об'єктів. Відповідно, не виключена можливість контакту з біологічними речовинами, слідами біологічного походження, мікрооб'єктами тощо, які можуть носити на собі збудники інфекції. Таким

чином, безумовно постає необхідність у неухильному застосуванні слідчим засобів індивідуального інфекційного захисту, а також у бездоганному знанні способів інфікування особливо небезпечними для життя та здоров'я хворобами, зокрема ТБ та ВІЛ.

Враховуючи вищевикладене, слід підсумувати, що ОМП відноситься до СРД, з високим ризиком інфікування ТБ (повітряно-крапельним, повітряно-пиловим та контактним способом) та ВІЛ-інфекцією (парентеральним способом).

Незалежно від етапу проведення ОМП, найбільшими факторами ризику інфікування слідчого під час проведення вказаної СРД виступають: 1) недостатній рівень знань стосовно шляхів передачі та способів зараження на ВІЛ-інфекцію та ТБ; 2) недостатня кількість та якість, або ж взагалі відсутність у слідчого засобів особистого захисту шкіри та дихальних шляхів; 3) відсутність теоретичних знань та практичних навичок проведення ОМП з урахуванням технологічних процедур мінімізації ризику інфікування на ВІЛ та ТБ та навичок поводження зі слідами біологічного погодження; 4) відсутність технічних засобів для виявлення біологічних слідів; 5) брак часу, що зумовлений значним навантаженням слідчого тощо.

У зв'язку з цим, нами сформовані організаційні заходи та тактичні рекомендації, які сприятимуть мінімізації розповсюдження та зараження ТБ або ВІЛ під час проведення слідчого огляду на різних його етапах – підготовчому, робочому та заключному: 1) наявність вичерпної первинної інформації стосовно вчиненого злочину, місця події, присутніх на місці події осіб; 2) знання та дотримання правил особистої безпеки під час проведення огляду; 3) уміння аналізувати та розрізняти місця події за критерієм їх небезпечності щодо інфікування ВІЛ та/або ТБ; 4) суворе дотримання тактичних прийомів огляду та технологічних рекомендацій; 5) дотримання універсального принципу перестороги, що полягає у ставленні до усіх предметів та осіб, як до потенційно небезпечних; 6) належна оснащеність

комплектами інструментів для виявлення, вилучення, упакування речових доказів, об'єктів та зразків для порівняльних досліджень.

3.2. Організаційно-тактичні особливості проведення освідування в умовах існування ризику інфікування ВІЛ-інфекцією та туберкульозом

Як зазначають Є.Д. Лук'янчиков та Б.Є. Лук'янчиков, значне місце серед СРД відведено тим, за допомогою яких здійснюється дослідження матеріальних джерел інформації в процесі безпосереднього ознайомлення з ними слідчого, однією з яких є освідування [164]. Під час проведення освідування, факт того, що воно здійснюється шляхом безпосереднього дослідження тіла живої людини виступає як найбільший ризик інфікування слідчого ВІЛ/СНІДом та/або ТБ. Це вимагає від слідчого, належних знань та навичок щодо застосування організаційно-тактичних заходів й методів роботи з людьми, а також неухильного дотриманням правил особистої безпеки та гігієни.

Вагомий внесок у розробку загальної тактики освідування зробили відомі вчені-криміналісти та процесуалісти, зокрема: Р.С. Белкін, О.А. Борідько, В.І. Галаган, Г.І. Грамович, О.М. Калачова, С.С. Клочуряк, В.П. Колмаков, В.О. Коновалова, В.С. Кузьмічов, Н.І. Кулагін, А.І. Кунтій, В.В. Логінова, Б.Є. Лук'янчиков, Є.Д. Лук'янчиков, Г.А. Матусовський, М.В. Салтевський, С.О. Сафронов, С.М. Стахівський, В.М. Тертишник, Ю.Г. Торбин, Ж.В. Удовенко, К.О. Чаплинський, В.Ю. Шепітько, М.Г. Щербаковський, І.М. Якимов, М.П. Яблоков, О.Ю. Ямпольський та інші. Значущість проведених наукових досліджень досить велика. Однак, детальнішого висвітлення потребують питання організаційно-тактичного забезпечення освідування, з урахуванням ризику інфікування ТБ та/або ВІЛ/СНІДом як особи, що проводить вказану СРД, так і інших осіб, які беруть участь в її проведенні.

КПК України у ч. 1 ст. 241 визначає, що слідчий, прокурор здійснює освідування підозрюваного, свідка чи потерпілого для виявлення на їхньому тілі слідів кримінального правопорушення або особливих прикмет, якщо для цього не потрібно проводити судово-медичну експертизу [148].

Аналіз наукової літератури дозволяє дійти висновку, що деякі вчені відносять освідування до слідчого огляду. Витоком таких поглядів є трактування освідування за старим КПК України (1960 року). Однак, майже всі вчені погоджуються із виділенням освідування в окрему СРД через специфічний об'єкт дослідження – тіло живої людини.

Найбільш вдале визначення терміну «освідування», на нашу думку, було надане К.О. Чаплинським, який вказав, що під освідуванням слід розуміти самостійну слідчу дію, яка проводиться на підставі постанови прокурора і полягає в огляді тіла живої людини з метою виявлення і фіксації наявності або відсутності особливих прикмет, слідів кримінального правопорушення та інших ознак й властивостей, що мають значення для кримінального провадження [311].

Вивченням матеріалів кримінальних проваджень, нами з'ясовано, що освідування проводиться менше, ніж в 1 % випадках. Тобто дана слідча дія не має такого поширення, як наприклад допит або ОМП. У той же час, частота проведення слідчими освідування може значною мірою залежати від категорії вчинених кримінальних правопорушень. Так, В.Г. Дрозд зазначає, що при розслідуванні умисних тяжких тілесних ушкоджень освідування проводилося у 78,4% випадках [77, с. 10].

Таким чином, під час проведення досудового розслідування, освідування є не досить поширеною СРД. Це, з одного боку, може демонструвати недооцінювання слідчими можливостей отримання доказової інформації за результатами її проведення, з іншого – незнання організаційно-тактичних особливостей, що і обумовлює відмову від неї [235, с.164].

Наведене підтверджується й результатами анкетування слідчих. Так, лише 8 % опитаних у своїй практичній діяльності проводили вказану СРД.

Виходячи із законодавчого визначення та аналізу думок вчених, можна дійти висновку, що головним завданням освідування є встановлення наявності чи відсутності на тілі живої людини (підозрюваного, свідка чи потерпілого) слідів кримінального правопорушення або особливих прикмет, з метою з'ясування обставин скоєного злочину.

Проанкетовані слідчі зазначили, що у 98 % випадків освідування було ними проведене задля з'ясування наявності/відсутності на тілі освідуваного особливих прикмет, а в 2 % – пошкоджень. Крім того, інтерв'ювання працівників КЗ «Дніпропетровського обласного бюро судово-медичної експертизи» ДОР свідчить про поодинокі випадки залучення судово-медичних експертів до проведення освідування. В абсолютній більшості випадків, встановлення наявності/відсутності тілесних ушкоджень після заподіяних травм, встановлення механізму та давності їх виникнення, ступеню тяжкості спричинених ушкоджень; встановлення слідів колишніх поранень від вогнепальної та вибухової зброї під час проходження служби у збройних силах (виконання інтернаціональних обов'язків, участь у Великій Вітчизняній війні) тощо здійснюється ними самостійно під час проведення судово-медичної експертизи [224, с. 213].

Заслуговують на увагу й результати анкетування слідчих за наявності у них відомостей про наявність ВІЛ-інфекції/СНІДу або ТБ в особи, що підлягає освідуванню. Так, лише 1 % проанкетованих слідчих зазначили, що вони проводили освідування особи, хворої на ВІЛ/СНІД та тільки 0.5 % слідчих дали ствердну відповідь стосовно проведення освідування особи, хворої на заразний ТБ.

Проанкетовані слідчі наголосили, що вважають небезпечним проведення освідування з особами, хворими ВІЛ/СНІД (55 %), та на заразний туберкульоз (97 %). Такі показники вважаємо досить обґрунтованими, оскільки ризики інфікування зазначеними захворювання, під час проведення освідування, прямо залежать від джерела інфікування – живої людини, тіло якої є об'єктом огляду.

Безпосередню загрозу інфікування слідчого на ВІЛ/СНІД або ТБ під час проведення освідування може становити як жива людина, за наявності в неї вказаних хвороб, так і матеріальні сліди кримінального правопорушення, що можуть носити на собі збудник інфекції, та становлять особливу небезпеку при потраплянні їх на відкриті ділянки шкіри, слизову оболонку, а також на шкірні покриви, цілісність яких порушена [224, с. 213-214; 235, с.164-165].

Повітряно-крапельний та повітряно-пиловий шлях зараження ТБ, а також надзвичайна стійкість збудника захворювання у навколишньому середовищі широко описані в медичній літературі. Відповідно, нами вони були детально проаналізовані та описані у підрозділі 1.1. дисертації.

Таким чином, під час проведення освідування особи, хворої на заразний ТБ, відбувається не лише комунікативний контакт з нею, але й безпосередній огляд її тіла. У даному випадку можливим джерелом інфікування виступає як жива людина (носіє захворювання), її одяг та особисті речі, а також виділений нею аерозоль зі збудником ТБ, який залишається ще тривалий час у просторі, який залишила хвора особа. Це, у разі недотримання заходів безпеки та гігієни, підвищує ризик інфікування слідчого та присутніх осіб.

На наш погляд, одним із найважливіших факторів забезпечення безпеки від ризику інфікування ТБ під час проведення освідування є момент одержання інформації про наявність хвороби у відповідного учасника СРД. Так, проведеним анкетуванням працівників слідчих підрозділів Національної поліції було встановлено, що у 99% випадків, слідчі отримують інформацію про наявність у особи ТБ особисто під час безпосереднього спілкування з цими особами. Лише 1% опитаних слідчих зазначили, що отримували інформацію про наявність у освідуваної особи ТБ безпосередньо перед проведенням освідування від працівників інших служб Національної поліції, які раніше мали контакт з вказаною особою. Жодної позитивної відповіді не було отримано варіантами: «отримання інформації про наявність у

освідюваного ТБ перед його проведенням», «під час спілкування (допиту) з родичами/знайомими освідюваного» та «після проведення освідювання, шляхом направлення запиту до медичної установи».

Звичайно, вказані дані корелюються із досить низькою поширеністю проведення освідювання слідчими, а також відповідно до раніше описаних даних проведеного нами анкетування, з низькою поширеністю проведення освідювання, хворих на відкритий ТБ.

Однак, отримані відомості визначають, що під час проведення освідювання особи, хворої на ТБ, першочерговий контакт слідчого із нею відбувається в умовах неочевидності, необізнаності, що тягне за собою невжиття заходів особистої безпеки, інфекційного контролю та гігієни. В свою чергу, постає необхідність вирішення вказаної проблеми шляхом проведення досліджень та розроблення організації та тактики проведення освідювання, яка б забезпечила безпеку слідчого від ризику інфікування.

Що стосується ВІЛ-інфекції, то варто зазначити, що найбільш небезпечними, під час проведення освідювання є усі біологічні рідини зараженого організму, оскільки саме в них і міститься ВІЛ, але в різних концентраціях. Найбільша його кількість визначається в крові, спермі, виділеннях статевих органів жінки і грудному молоці [268].

Під час проведення освідювання, ризик контакту слідчого з вказаними рідинами є досить великим [235, с.165]. На цьому наголошують більшість науковців. Зокрема, В.М. Тертишник зазначає, що у ході проведення освідювання можуть бути виявлені різноманітні сліди злочину, зокрема плями крові, сперми, слини та інших виділень людського організму, залишки пально-мастильних матеріалів чи спеціальних барвників, наркотичних або отруйних речовин, волосся, текстильні волокна, залишки ґрунту тощо [284, с.216]. Стосовно виявлення на тілі освідюваної особи слідів біологічного походження зазначають і Є.Д. Лук'янчиков та В.Є. Лук'янчикова, говорячи, що освідювання, як СРД, часто пов'язана з необхідністю встановити на тілі

людини подряпини, сліди укусів, хірургічних операцій, крові та інших слідів кримінального правопорушення [165].

У науковій літературі існує думка про те, що в ряді випадків освідування повинно проводитись негайно після встановлення особи, яка йому підлягає. Особливо це стосується випадків встановлення незначних тілесних ушкоджень, які можуть зникнути до проведення судово-медичної експертизи. Як зазначають В.С. Бурданова та Л.М. Нікітін, в тих випадках, коли вона проводиться через декілька днів чи тижнів, незначні подряпини, синці за цей час зникають, а в медичних документах містяться дані лише про ті тілесні ушкодження, щодо яких проводилось лікування, і відсутні записи про незначні тілесні ушкодження [46, с. 33]. З цього випливає можливий брак часу на детальну підготовку до проведення освідування.

Освідування, як і будь-яка інша СРД складається з підготовчого, робочого та заключного етапів. Саме якісна підготовка до проведення освідування тісно пов'язана з її результативністю та уникненням ризиків інфікування вказаними хворобами.

Аналіз наукової літератури дозволяє дійти висновку, що **організаційно-підготовчі заходи до проведення** освідування включають у себе:

1. *Вивчення та аналіз матеріалів кримінального провадження, а також інших джерел інформації.* Як зазначає К.О. Чаплинський, це дозволяє слідчому визначити, які сліди можуть мати місце на тілі та одязі особи, освідування якої будуть провадити, де вони можуть знаходитися і як їх виявити [313, с. 123].

2. *Прийняття слідчим (прокурором) рішення щодо необхідності проведення СРД.* Важливо зазначити, що прийняття рішення щодо проведення освідування передбачає наявність фактичних та юридичних підстав. Під фактичними підставами прийняття рішення про проведення даної СРД розуміють наявність у слідчого певної інформації, що на тілі особи (підозрюваного, потерпілого, свідка) можуть бути виявлені сліди

кримінального правопорушення або особливі прикмети. Відомості про наявність на тілі особи відповідних слідів можуть міститися в різноманітних джерелах і мати не тільки імовірний, як вважають деякі науковці, а й достовірний характер [152, с. 537]. Юридична підстава прямо зазначена у ч. 2 ст. 241 КПК України як постанова прокурора.

3. *Добір учасників СРД* Законодавець наголошує на можливості залучення до проведення освідування судово-медичного експерта або лікаря. Це є цілком доречним, особливо, якщо освідуванням необхідно встановити наявність на тілі освідуваної особи певних біологічних слідів (кров, слина, сперма тощо), тілесних ушкоджень, а також у разі необхідності встановлення певних анатомічних та фізіологічних ознак. Крім цього, наявність у лікаря більш широкого кола знань, стосовно зовнішніх проявів ВІЛ/СНІДу та ТБ, засобів індивідуального інфекційного захисту від вказаних хвороб, значною мірою допоможе слідчому сконцентруватися саме на тактиці проведення освідування, а також мінімізує ризики інфікування слідчого та інших присутніх осіб.

Однак, відсутня регламентація стосовно залучення до проведення освідування інших спеціалістів [148].

Про необхідність законодавчого закріплення можливості залучення до проведення інших спеціалістів, зокрема, спеціаліста в галузі судової хімії, балістики, трасології, спеціаліста-автотехніка тощо зазначали у своїх працях такі вчені як І.Л. Петрухін та Ж.В. Удовенко [205; 298]. Ми вважаємо таку думку цілком доречною, оскільки інколи просто неможливо якісно провести освідування без використання спеціальних знань фахівця відповідної галузі.

Стосовно участі понятих під час проведення СРД, науковцями було присвячено достатньо робіт. Їх обов'язкова участь під час проведення освідування законодавчо закріплена у ч. 7 ст. 223 КПК України. Як зазначає В.Г. Дрозд, запрошення понятих до участі в освідуванні доцільно погоджувати з особою, виходячи з етичних міркувань, однак остаточне вирішення залежить від слідчого [77, с. 10]. Вказана думка є слушною.

Однак, окрім етичних міркувань, слід враховувати і забезпечення безпеки учасників слідчої дії за наявності в освідуванної особи ознак захворювання на ТБ дихальних шляхів [228, с. 173].

Слід також зауважити, що наявність у особи ВІЛ-інфекції/СНІДу не є перешкодою для участі понятих у проведенні вказаної СРД, що обумовлено шляхами передачі вказаного захворювання. Крім того, варто зазначити, що вказані відомості, стосовно наявності у особи позитивного статусу ВІЛ або СНІДу, не потребують зайвого розголошення учасникам СРД та присутнім особам.

4. *Вивчення особи, яка підлягає освідуванню.* В умовах існування ризику інфікування на ВІЛ-інфекцію та ТБ, вивчення особи, яка підлягає освідуванню, є одним із найважливіших організаційно-підготовчих тактичних заходів, що покликаний на забезпечення безпеки учасників СРД від можливого інфікування. Крім того, вказаний захід допомагає слідчому краще установити психологічний контакт з освідуваною особою та обрати найбільш доцільні тактичні прийоми проведення освідування.

Варто зауважити, що слідчий повинен володіти знаннями, стосовно зовнішніх та клінічних проявів ВІЛ/СНІДу та ТБ, оскільки особа не завжди повідомляє про наявність у неї недугу. Крім того, необхідними є знання щодо груп підвищеного ризику та соціальних груп, що є вразливими до вказаних захворювань [228, с. 174].

У разі підозри слідчого, щодо наявності у осіб зазначених захворювань, вважаємо за необхідне, поставити такій особі пряме запитання.

5. *Обрання часу та місця проведення освідування.* У науковій літературі існує думка про те, що в ряді випадків, освідування повинно проводитись негайно після встановлення особи, яка йому підлягає. Зокрема, такої думки дотримуються В.С. Бурданова та Л.М. Нікітін.

Особливо це стосується випадків встановлення незначних тілесних ушкоджень, які можуть зникнути до проведення судово-медичної експертизи, а також необхідністю відшукати сліди кримінального

правопорушення, які можуть зникнути з часом, або бути умисно знищені зацікавленою у цьому особою. Тому, в практичній діяльності слідчого часто виникають випадки, коли освідування необхідно проводити без зволікань, що тягне за собою неналежне та неповноцінне здійснення усіх організаційно-тактичних заходів з підготовки.

Однак, варто зазначити, що в деяких практичних випадках, дотримання терміновості проведення освідування досягти досить важко. Це, здебільшого пов'язане з юридичною підставою проведення освідування – наявністю постанови прокурора. Відповідно до Положення про порядок ведення ЄРДР, затвердженого Наказом Генеральної прокуратури України 06.04.2016 № 139, – рішення щодо призначення слідчого, процесуального керівника вноситься до ЄРДР невідкладно. Однак, у практичній діяльності реалізація вказаного положення, відносно невідкладності, дещо порушується. Призначення процесуального керівника – прокурора у кримінальному провадженні, найчастіше здійснюється протягом доби, після внесення відомостей до ЄРДР. До того ж, нерідкими є випадки, коли слідчому необхідно звернутись до прокурора з клопотанням про проведення вказаної СРД, аби отримати відповідну постанову. Все це, на нашу думку, забирає час та може призвести до негативних наслідків. Прикладом може слугувати необхідність у виявленні на тілі освідуваної особи дрібних часток речовини чи матеріалу, які можуть зникнути або бути умисно знищеними.

Що стосується місця проведення освідування, то в більшості випадків, освідування проводиться за місцем проведення досудового розслідування. Відповідно кожне робоче місце працівника слідчого підрозділу має бути забезпечене засобами попередження передачі ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу від можливого носія хвороби – іншим учасникам СРД, працівнику поліції, присутнім особам та технічному персоналу. Однак, аналіз наукової літератури дозволяє припустити, що в ряді випадків, при освідуванні для виявлення слідів злочину необхідно використовувати спеціальне обладнання. Зважаючи на це, СРД доцільно проводити в

спеціальних лабораторіях судових експертиз або в експертно-криміналістичному підрозділі [128, с. 16].

Крім того, слушною є думка С.О. Сафронова, про те що якщо освідування пов'язано з дослідженням тілесних ушкоджень, завжди слід зважати на стан здоров'я особи, яку освідують, можливість виникнення необхідності надати їй медичну допомогу. Зазначені обставини свідчать, що проводити це освідування доцільно у медичному закладі. Якщо слідче освідування проводять у медичному закладі, у якому перебуває освідуваний на лікуванні, рекомендують довідатися про стан здоров'я особи, яку будуть оглядати, і можливість її участі в цій слідчій дії. Для цього доцільно залучити як спеціаліста лікаря, що лікує освідуваного [260, с. 174]. Аналогічними вважаємо дії у випадку, коли освідувана особа має активний ТБ та перебуває на стаціонарному лікуванні у ПТЗ.

б) Створення необхідних умов для успішного проведення освідування. З цього приводу, слушною є думка К.О. Чаплинського, який зазначає, що слідчий видаляє з приміщення, де буде проводитися освідування, усіх сторонніх осіб, які не мають відношення до СРД. За необхідності, для забезпечення безпеки осіб, які беруть участь у кримінальному судочинстві, забезпечує охорону цього приміщення [313, с. 125]. Такої ж думки і ряд науковців, зокрема В.І. Галаган, Ж.В. Удовенко, О.М. Калачова, С.С. Клочуряк, говорячи про те, що видалення з приміщення всіх сторонніх осіб, яких не стосуються проведення освідування, необхідне для виконання вимог КПК щодо визначення кола учасників освідування, дотримання засади поваги до людської гідності та невторчання в приватне життя [64].

На нашу думку, видалення усіх сторонніх осіб, які не мають відношення до СРД, є необхідним організаційним заходом у разі поінформованості слідчого щодо наявності в освідуваної особи ТБ дихальних шляхів, або навіть підозри на наявність вказаного захворювання. У такому випадку не доцільно залучати до проведення освідування понятих. Цілком доречно користуватися наданою законодавцем у ч. 7 ст. 223 КПК

можливістю застосування безперервного відеозапису ходу проведення освідування. Крім того, слід враховувати, що в одному кабінеті слідчого підрозділу здебільшого працює не один слідчий, а два чи більше. Вони також в цей час можуть проводити СРД за участі різної кількості осіб. Тому, варто звертати увагу на те, щоб дотримувалась черговість проведення ними слідчих дій, оскільки, наявність у освідуваної особи заразного туберкульозу може поставити під загрозу інфікування й інших сторонніх осіб та слідчих [228, с. 153].

У такому випадку, з метою уникнення ризику зараження на небезпеку сторонніх осіб, слідчі, що працюють в одному службовому кабінеті, вимушені, у даному випадку переривати проведення своїх процесуальних дій, вносити в плани корективи, тощо, що негативно впливає на організацію досудового розслідування інших кримінальних проваджень, що знаходяться у їхньому провадженні.

Однак, враховуючи реалії сьогодення та відсутність у підрозділах Національної поліції спеціальних приміщень для роботи з хворими на туберкульоз, варто у такому випадку, обирати інше приміщення для проведення освідування, зокрема, ним може виступати кабінет огляду фтизіатричного відділення, або окреме, ізольоване приміщення.

Наголосимо також на тому, що під час проведення освідування особи, хворої на активний ТБ, важливим організаційно-тактичним заходом зі створення необхідних умов для успішного проведення вказаної СРД є *перевірка та дотримання усіх засобів інфекційного контролю: адміністративного; інженерного; індивідуального*. У більшості випадків, неможливим є їх дотримання у кабінеті слідчого, де він зазвичай працює. Тому, у разі проведення освідування особи, хворої на заразний туберкульоз, пропонуємо застосовувати такий суміжний захід із обрання місця проведення та створення необхідних умов, як *проведення освідування вказаної категорії осіб у спеціально відведеному приміщенні слідчого підрозділу*.

Що стосується проведення освідування хворої на відкриту форму ТБ особи, у службовому кабінеті слідчого, повинні бути забезпечені усі заходи інфекційного контролю, які були детально нами описані у п. 2.1. дисертаційного дослідження.

Особливу увагу слід звернути на індивідуальний інфекційний контроль, що полягає у персональному захисті. Під час проведення освідування хворої на туберкульоз особи слідчий повинен забезпечити наступні заходи індивідуального контролю: а) використання персональних масок для хворих та спеціальних респіраторів для здорових осіб (за їх відсутності також використовувати медичні маски); б) захист одягу медичним халатом, від можливого потрапляння на нього часток мокротиння хворого, а також захист волосся за допомогою одноразових шапочок тощо; в) надання освідуваному окремої канцелярії під час ознайомлення з протоколом та його підписанням; г) проведення СРД тільки після повноцінного прийому їжі та при гарному самопочутті.

7) *Визначення та підготовка технічних засобів фіксації.* Цей захід є необхідним не лише у випадках, коли здійснюється безперервна відео фіксація освідування, але і у випадках, прямо зазначених у ч. 4 ст. 241 КПК України: «За необхідності здійснюється фіксування наявності чи відсутності на тілі особи, яка підлягає освідуванню, слідів кримінального правопорушення або особливих прикмет шляхом фотографування, відеозапису чи інших технічних засобів» [148].

8) *Визначення тактики проведення освідування,* що прямо залежить від об'єкта освідування, місця знаходження слідів або особливих прикмет на тілі освідуваної особи, а також від наявності ризиків інфікування на ВІЛ/СНІД або ТБ. Враховуючи брак часу для підготовки та можливу відсутність зовнішніх клінічних проявів у особи заразного ТБ, на які міг би звернути увагу слідчий, пропонуємо вирішувати питання визначення тактики освідування з урахуванням універсального принципу перестороги, коли всі сліди (речовини) та особи вважаються потенційно інфікованими.

9) *Складання плану проведення освідування.* Планування – це складний розумовий процес, сутність якого полягає у з'ясуванні спрямованості й завдань розслідування, способів і засобів їх виконання в межах закону [17, с. 475]. Стосовно вказаного організаційно-тактично заходу підготовки до освідування цілком слушною є думка К.О. Чаплинського, який зазначає, що слідчий повинен обирати найбільш раціональну послідовність виконання дій з освідування. Залежно від виду скоєного злочину, характеру розшукуваних об'єктів чи особливих прикмет, а також фактичних даних, отриманих під час проведення СРД та оперативно-розшукових заходів, освідування може проводитися суцільним або вибіркоким методом [315]. У разі поінформованості слідчого щодо наявності в освідуваній особи ВІЛ/СНІДу або заразного ТБ, ним має бути побудована найбільш раціональна послідовність дій з такою особою. Крім того, планування повинно відповідати загальним засадам, зокрема таким як індивідуальність, реальність, динамічність та конкретність.

Слушною є думка О.А. Борідько, К.В. Парасочкіної і Г.О. Пономаренко, про те, що будь-які підготовчі дії до проведення освідування можуть змінюватися у кожному конкретному випадку [43, с. 50]. Одним з таких випадків може бути наявність в освідуваній особи ВІЛ-інфекції або заразного туберкульозу, або ж можливість наявності носіїв інфекції на речах освідуваного, слідах злочину тощо. Недосконала підготовка до освідування може спричинити не тільки втрату доказів, але й створити небезпеку зараження на ВІЛ-інфекцію/СНІД або ТБ як особи, що проводить вказану СРД, так і інших осіб, що будуть присутні. Саме добре організована та якісно проведена підготовка дозволяє слідчому не лише впливати на проведення освідування, а й прогнозувати можливу обстановку.

Після здійснення усіх організаційно-тактичних заходів з підготовки, слідчий переходить до **робочого етапу** проведення освідування. Варто зазначити, що проведення освідування дещо ускладнюється за рахунок відсутності у КПК детальної регламентації порядку проведення вказаної

СРД. Тому доречною є думка В.І. Галагана, про те що успішне виконання завдань освідчування здебільшого залежить від обраної тактики його проведення та використання при цьому розроблених криміналістикою тактичних рекомендацій [64]. Відповідно, організація і тактика проведення освідчування має бути побудована індивідуально у кожному випадку в залежності від характеру слідів кримінального правопорушення або особливих прикмет, наявність яких планується встановити шляхом безпосереднього огляду тіла людини, а також, в залежності від характеристик освідчуваної особи, відомості про яку можуть бути отримані слідчим внаслідок особистого спостереження, або шляхом виконання інших процесуальних дій.

Крім того, враховуючи наявні ризики інфікування слідчого на ВІЛ-інфекцію або туберкульоз під час проведення освідчування, ми пропонуємо додатково розробити тактику проведення вказаної СРД з дотриманням вимог особистої безпеки та гігієни.

В криміналістичній літературі існують різні погляди на складові робочого етапу проведення освідчування.

На нашу думку, доречно робочий етап освідчування умовно поділити на дві стадії: організаційна стадія та безпосередній огляд тіла. Кожну стадію пропонуємо розглядати з урахуванням дотримання заходів особистої безпеки слідчого та інших учасників СРД від ризику інфікування ВІЛ-інфекцією або ТБ дихальних шляхів.

Організаційна стадія робочого етапу освідчування розпочинається із роз'яснення всім учасникам СРД мети та порядку проведення освідчування. Далі встановлюється особа освідчуваного та інших учасників СРД за документами. Особливу увагу слід приділити установленню особистості освідчуваної особи, особливо у тих випадках, коли вона не була раніше відома слідчому.

Слід погодитись з думкою М.Г. Щербаковського, що це зумовлено необхідністю уникнення можливої помилки освідувати неналежного суб'єкта в разі представлення підозрюваним замість себе іншої особи [340, с. 55].

Учасникам освідкування, залежно від їх процесуального статусу, роз'яснюються їх права та обов'язки, а також повідомляється про застосування технічних засобів фіксації.

В аспекті дотримання прав і свобод людини, важливим є повідомлення всіх учасників СРД про недопустимість розголошення відомостей, які стали їм відомі в ході її проведення. Під час проведення освідкування можуть бути розкриті інтимні особливості життя освідкуваної особи, а також наявність в неї певного захворювання тощо. Тому важливим є недопущення витоку інформації, що може зашкодити репутації освідкуваної особи. Особливо це стосується наявності у особи ВІЛ/СНІДу, через можливу дискримінацію, стигматизацію та осуд ВІЛ-позитивних людей у суспільстві.

Варто зазначити, що слідчий не повинен повідомляти учасників освідкування про наявність в освідкуваної особи певного захворювання оскільки вказана інформація віднесена до лікарської таємниці та, в свою чергу, до охоронюваної законом таємниці. Винятком може стати наявність в освідкуваної особи відкритої форми ТБ, освідкування якої буде проводитись із застосуванням заходів інфекційного контролю. У такому випадку, слідчий повинен додатково наголосити учасникам освідкування щодо нерозголошення отриманих відомостей, стосовного наявного захворювання.

Тактика наступної стадії робочого етапу освідкування – безпосередній огляд тіла особи, значною мірою залежить від слідчої ситуації та від об'єктів, виявлення яких спонукало до проведення освідкування. Враховуючи можливу відсутність у слідчого інформації стосовно наявності у особи ВІЛ-інфекції, заразного ТБ, відсутність клінічних та зовнішніх проявів захворювання, або інформації стосовно ймовірного перебування збуднику ВІЛ чи МБТ у слідах кримінального правопорушення, які планується відшукати, зокрема у біологічних речовинах, які можуть навіть не належати освідкуваній особі,

необхідним є додержання універсального принципу перестороги. Він полягає у ставленні до будь-якої особи як до потенційного носія захворювань, а до будь-якого контакту з кров'ю й іншими біологічними рідинами як до небезпечного і вживати відповідних заходів захисту.

Послідовність дій під час суцільного освідування може бути такою:

- *Встановлення психологічного контакту.*

- *Загальний огляд одягу, взуття, відкритих ділянок тіла (шия, обличчя, голова, кисті рук тощо).* Його варто проводити від загального до окремого, зверху вниз. Проводячи освідування особи, хворої на заразний ТБ, слід зазначити, що тактичні заходи будуть дещо змінені. З метою додержання індивідуального інфекційного контролю, вказаній особі слід одягнути медичну маску, а слідчому респіратор або, у разі його відсутності, також медичну маску. На момент огляду обличчя та волосистої ділянки голови, вказану пов'язку з освідуваної особи слід зняти, здійснити огляд, після чого, негайно одягнути назад. При цьому, всі дії слідчому варто виконувати у печатках та захисному змінному халаті.

Після проведення загального огляду, варто запропонувати освідуваній особі послідовно знімати та складати одяг, який потім має бути ретельно оглянутий. Якщо у освідуваної особи встановлено діагноз туберкульоз, або є підозра на його наявність, одяг такої особи доцільно складати у спеціально-відведене місце, яке потім можливо буде продезінфікувати, або у поліетиленовий пакет. Можливим також є складання одягу особи у одноразові поліетиленові пакети, які будуть утилізовані після проведення огляду. Зокрема, це пов'язане із повітряно-пиловим шляхом передачі захворювання. Часточки мокротиння зі збудниками інфекції можуть осідати на одязі та потім розповсюджуватись по приміщенню.

Наведене вище обумовлено необхідністю мінімізації можливості розповсюдження збудника та мінімізацію контакту речей із об'єктами оточуючої обстановки.

Коли одяг знято, проводиться *огляд тіла освідуюваного*. У деяких випадках доречно залучати спеціаліста, а також використовувати сучасні техніко-криміналістичні засоби. Огляд тіла особи здійснюється послідовно зверху вниз, спереду, ззаду та з усіх боків. Варто наголосити на тому, що проведення суцільного огляду тіла особи має місце лише тоді, коли у слідчого відсутня інформація, стосовно локалізації слідів кримінального правопорушення або особливих прикмет. Як зазначають О.А. Борідько та В.В. Логінова, роль експерта-криміналіста також важлива. Головний метод огляду тіла людини – спостереження, однак для виявлення слідів, які не піддаються візуальному спостереженню (підшкірний крововилив, краплини крові чи сперми, татуювання, яке намагалися знищити, тощо), та для виявлення опіків, слідів від лугів чи інших хімічних речовин слід використовувати техніко-криміналістичні засоби, здатні виявляти такі сліди та робити їх видимими. Зокрема, сліди сперми під впливом ультрафіолетового світла набувають білувато-блакитного освітлення, сліди крові – чорно-коричневого. Інфрачервоні промені допомагають виявити підшкірний крововилив чи сліди порошу на шкірі, рентгенівські промені виявляють предмети, що розміщені під шкірою (шрїт, скло) [42]. Варто зазначити, що саме сліди біологічного походження становлять підвищену небезпеку інфікування слідчого та інших учасників освідуювання суспільно-небезпечними хворобами. Особливо такий ризик зростає, якщо такі сліди є невидимі або слабко-видимі для неозброєного ока. Таким чином, у разі недотримання заходів особистої безпеки та гігієни, вказані біологічні речовини можуть потрапити на відкриті ділянки шкіри, слизові оболонки або одяг особи, що проводить освідуювання. Варто зазначити, що збудник ВІЛ міститься практично в усіх біологічних рідинах зараженого організму, але в різних концентраціях. Тому слід враховувати найбільш вірогідні місця знаходження біологічних речовин. Плями крові на тілі освідуюваного, як зазначає В.І. Галаган, можуть розміщуватися на руках, передусім від кисті до ліктьового суглоба, на шиї під волоссям, у природних впадинах, зокрема

пахових, а також ділянках тіла, прикритих молочними залозами, під нігтями, піднігтьовим ложе тощо. Найвірогіднішим є збереження часток крові під нігтями [64]. Стосовно слідів сперми, то, як зазначає Ю.Г. Торбин, найвірогіднішим є їх виявлення в зоні статевих органів, хоча не можна виключати можливості виявлення сперми й на інших ділянках тіла (животі, грудях, сідницях тощо) [288].

- *Огляд одягу та взуття.* Звичайно, вказана дія не є обов'язковою у будь-якому випадку. Її здійснення залежить від загальної мети освідування. Найчастіше необхідність огляду одягу та взуття виникає саме під час суцільного освідування. Наголосимо, що під час здійснення огляду речей, слід дотримуватися правил особистої безпеки та гігієни. Особливо це стосується огляду речей особи, хворої на ТБ, на одязі якої містяться мікрочастки мокротиння зі збудниками інфекції. Речі слід оглядати на плоских поверхнях, які після огляду обов'язково обробляються дезінфікуючим розчином, а приміщення провітрюється.

- *Виявлення та фіксація слідів та особливих прикмет.* Після виявлення особливих прикмет або слідів кримінального правопорушення на тілі або одязі особи здійснюється їх фіксація.

Деякі науковці відносять фіксацію до заключного етапу проведення освідування. Однак, слушною є думка науковців, зокрема С.В. Харченко, що фіксація результатів освідування повинна проходити одночасно з оглядом тіла й одягу. Для цього рекомендується записувати на диктофон зміст протоколу у ході проведення огляду, самостійно робити окремі нотатки щодо описової частини ушкоджень, слідів, особливих прикмет, проводити зйомку на момент спостереження [304]. Якщо особливі прикмети можливо зафіксувати детальним описом у протоколі та фотозйомкою, то фіксація слідів кримінального правопорушення, особливо, якщо це є біологічні сліди, потребує спеціальних знань та дотримання правил безпеки. У даному випадку, особливу небезпеку інфікування слідчого на ВІЛ/СНІД або ТБ становить предметна фіксація, при якій відбувається вилучення слідів

біологічного походження, які потенційно можуть надавати носії ВІЛ/СНІДу, туберкульозу, гепатиту В і С, або інших патогенів [11].

Важливим аспектом у забезпеченні безпеки слідчого та інших осіб від інфікування на ВІЛ/СНІД та ТБ є усвідомлення того, що навіть відсутність у освідуваної особи вказаних хвороб не є запорукою того, що у вилучених на її тілі слідах біологічного походження не будуть міститись збудники захворювань. Це, в першу чергу, пов'язане з тим, що вказані сліди можуть походити від інших осіб, відомості про яких у слідчого на даному етапі розслідування можуть бути відсутні. Прикладом цього є ситуація, коли на тілі потерпілого знаходять сліди крові, сперми або слини злочинця, який не встановлений, або відомості про якого відсутні та навпаки. Так, В.П. Колмаков, дослідивши матеріали кримінального провадження щодо зґвалтування, зазначає: «убачалося, що злочинець, долаючи опір, рукою пошкодив статеві органи потерпілої, а побачивши кров на своїй руці, зник з місця події. Під час освідування підозрюваного ні на його тілі, ні на одязі видимих слідів крові виявлено не було. Проте слідчий, знаючи, що на руці гвалтівника була кров потерпілої, вилучив з-під нігтів підозрюваного наявний там бруд. Унаслідок проведення експертизи у вмісті, вилученому з-під нігтів, було виявлено частки крові, які збіглися за групофікаційними ознаками з групою крові потерпілої» [119, с. 122].

Заключний етап освідування полягає у складанні протоколу та аналізі отриманих результатів.

Що стосується опису особливих прикмет та слідів злочину, то він має певні особливості, залежно від знайденого під час освідування об'єкту.

В описанні слідів злочину, як визначає Ю.Г. Торбин, доцільно дотримуватися певної послідовності та зазначати: 1) конкретне місце їх виявлення (передпліччя лівої руки, груди, спина, лівий лацкан піджака тощо); 2) вид слідів відповідно до прийнятої класифікації, їх кількість, взаємне розміщення та розташування щодо певних частин тіла: форму, розміри, колір, а також наявність виражених особливостей. Описуючи тілесні

ушкодження, потрібно вказати їх місцезнаходження, розміри (довжину, ширину), конфігурацію (лінійна, трикутна, зіркоподібна тощо), стан (наприклад, рана відкрита чи на ній є певні накладення), колір, характер країв (гострі, рвані чи інші) [289]. Звичайно, що найкраще описання тілесних ушкоджень може бути надане саме лікарем або судово-медичним експертом, які мають відповідні знання в галузі медицини.

Підсумовуючи вище викладене, можемо констатувати, що освідування у практиці застосування слідчими підрозділами не є поширеною СРД, однак, враховуючи джерела інфікування та способи зараження на ВІЛ та ТБ – освідування виступає як одна з найнебезпечніших СРД. Зокрема це пов'язане з наступними діями, що можуть наражати слідчого на небезпеку зараження: 1) здійснення комунікативного контакту з особою, що може бути носієм та розповсюджувачем МБТ; 2) здійснення тактильного контакту з тілом особи; 3) торкання та тривале тримання у руках особистих речей та одягу особи; 4) можливий контакт з видимими та невидимими біологічними речовинами, які можуть містити на собі збудники інфекції, у тому числі ВІЛ, а також можуть належати не лише освідуваній особі, але і невстановленим особам, дані про яких у слідчого відсутні; 5) тривале перебування у одному приміщенні, часто закритому, що пов'язане з можливим оголенням освідуваного.

Ще одним показником підвищеного ризику інфікування слідчого під час проведення освідування є стан поінформованості слідчих про наявність у особи, що підлягає освідуванню вказаних хвороб, а також момент одержання такої інформації. У зв'язку з цим, організація вказаної СРД повинна бути побудована з дотриманням універсального принципу перестороги, коли усі особи та речі розглядаються як потенційно небезпечні з точки зору ризику інфікування. Слід наголосити на необхідності залучення слідчим до проведення освідування відповідних спеціалістів, та забезпечення для них, а також інших присутніх осіб безпечних умов праці. Значне місце також має обізнаність слідчого щодо способів інфікування, засобів інфекційного

контролю (адміністративного, інженерного, індивідуального), досконале володіння тактичними прийомами та технічними засобами.

3.3. Тактика проведення обшуку в умовах ризику інфікування ВІЛ-інфекцією або туберкульозом

Питання організації й тактики проведення обшуку не втрачає своєї актуальності. Відповідно, сама процедура його проведення є різноманітною та багатогранною, що зумовлено ситуаційністю, а також потребою реалізовувати завдання кримінального судочинства.

Інститут обшуку, як зазначає М.В. Комарова, в нормах чинного кримінального процесуального закону значною мірою отримав свій розвиток. Поширеність проведення вказаної СРД прослідковується за допомогою аналізу судової статистики. Відповідно до узагальнення ВССУ судової практики щодо розгляду слідчим суддею клопотань про надання дозволу на проведення обшуку житла чи іншого володіння особи від 17 жовтня 2014 р., станом на 01.05.2014 слідчими суддями місцевих загальних судів було розглянуто 86 658 відповідних клопотань, з яких 82,7%, тобто 71 678 було задоволено [299]. Аналіз судової статистики наступних років свідчить про щорічне збільшення кількості поданих до суду клопотань: у 2015 р. – 75 162 клопотання про проведення обшуку житла чи іншого володіння особи; у 2016 р. – 94 746; у 2017 р. – 118 884; у 2018 р. – 132 337 [121, с. 58; 280].

Відповідно до зростання потреби у проведенні обшуку, підвищується і зацікавленість наукової спільноти стосовно розроблення найбільш раціональної тактики проведення вказаної СРД. Однак, стосовно організацій й тактики проведення обшуку в умовах існування ризику інфікування слідчого та інших учасників вказаної СРД ВІЛ-інфекцією та ТБ достатньо уваги приділено не було.

Обшук можна сміливо віднести до СРД, з підвищеним ризиком інфікування соціально небезпечними хворобами, що зумовлено його особливостями, зокрема, значним потенціалом конфліктності [50, с. 289], примусовим характером [70, с. 227], необхідністю здійснювати комунікацію з людьми, досліджувати та оглядати різноманітні предмети побуту, одягу тощо, фіксувати, упаковувати та вилучати різноманітні знаряддя кримінального правопорушення, стосовно яких у слідчого може не бути достатньої інформації.

Таким чином, ризики інфікування слідчого на ВІЛ/СНІД або ТБ помітні при розгляді деяких завдань обшуку, детально описаних К.О. Чаплинським:

1) виявлення та вилучення: 1.1) знарядь злочину (наприклад, зброї, знарядь зламу та інших об'єктів); 1.2) предметів зі слідами злочину або тих, що є результатом злочинної діяльності (наприклад, підроблені документи, фальшиві гроші тощо); 1.3) предметів та цінностей, здобутих (нажитих) злочинним шляхом; 1.4) документів, що характеризують особу злочинця (наприклад, фотознімки, аудіо- та відеозаписи, листи, щоденники, записні блокноти та ін.); 1.5) об'єктів, що використовувалися для реалізації злочинного задуму; 1.6) об'єктів, вилучених з цивільного обороту, заборонених для використання або потребуючих спеціального дозволу, незалежно від того, відносяться вони до справи чи ні (наприклад, вогнепальна та холодна зброя, наркотичні засоби, радіоактивні, психотропні, вибухові або отруйні речовини, таємні документи тощо); 1.7) майна для забезпечення відшкодування заподіяних збитків (з метою забезпечення цивільного позову) або з метою можливої конфіскації; 1.8) інших об'єктів, що мають значення для кримінальної справи і виступають засобом встановлення об'єктивної істини [313, с. 149].

Вказані об'єкти матеріального світу можуть містити на собі збудники туберкульозу або ВІЛ-інфекції. Особливо це стосується біологічних слідів: крові, слини, сперми тощо, які можуть залишитись на знаряддях злочину,

предметах та цінностях, здобутих злочинним шляхом, предметах побуту. Крім того, враховуючи повітряно-пиловий шлях передачі ТБ, слід зауважити, що інфікованими можуть бути речі, якими користувався хворий та на які міг осідати пил з МБТ: книжки; посуд; поверхні у приміщенні; одяг; білизна тощо [231, с. 176].

Аналіз анкетування і опитування слідчих прокуратури і органів внутрішніх справ, проведений С.Ф. Денисюком і В.Ю. Шепітько, свідчить, що до найбільш розповсюджених об'єктів пошуку можна віднести: знаряддя і засоби злочину (вказали 86 % опитаних); предмети зі слідами злочину (62 %); викрадені об'єкти (56 %); інші предмети (22 %); документи (44 %); сліди (32 %); трупи та їх частини (8 %); живі особи (2 %) [73, с. с. 21]. Усі перелічені об'єкти пошуку можуть бути джерелом ВІЛ-інфекції та туберкульозу, фізичний контакт із якими наражає на небезпеку інфікування контактуючу особу, зокрема, працівника поліції.

2) виявлення: 2.1) осіб, які переховуються від слідства та суду або втекли з під варти чи місць позбавлення волі та знаходяться у розшуку; 2.2) трупів та їх частин; 2.3) тварин (зокрема, що використовувалися як засоби або знаряддя учинення злочину) [313, с. 149]. Слід зауважити, що особливо небезпечним в аспекті інфікування слідчого на ТБ та ВІЛ, може бути здійснення обшуку з метою встановлення місцезнаходження розшукуваних осіб. У цьому випадку ризик виникнення конфлікту між злочинцем та працівниками поліції значно збільшується.

Вказана агресія та протидія може проявлятися у нападі на працівників поліції із заподіянням поранень, нанесенням ударів, уколів, порізів гострими предметами (ножами, заточками, голками, лезами тощо), глибокими укусами, що може призвести до потрапляння у рани чужої крові та слини [231, с. 177]. Можливі також спроби плювання у працівників поліції, як прояв зневаги, так і з метою умисного зараження, про що згадують В.Г. Грибан та В.А. Глуховеря на прикладі поліцейських у Німеччині, коли затримані наркозалежні особи часто плюють у поліцейських. [87, с. 175]. Крім того,

вказана особа може здійснити спроби самотравмування або суїциду, шляхом завдання травм, порізів собі, що також може призвести до потрапляння інфікованої крові на відкриті ділянки тіла, одяг та слизові оболонки правоохоронців. Слід також зазначити, що особи, які переховуються від слідства та суду або втекли з під варти чи місць позбавлення волі законодавчо віднесені до груп підвищеного ризику інфікування туберкульозом. Таким чином, контакт із цими особами слід проводити як із потенційно хворими на ТБ дихальних шляхів, навіть не володіючи достовірною інформацією стосовно діагнозу розшукуваної особи [231, с. 177].

Отже, виконання завдань обшуку сприяє виявленню ознак, які проливають світло на події, що відбулися, [211, с. 140-145] та, в свою чергу, перелічені завдання загрожують інфікуванню слідчого на ТБ та ВІЛ. Відомо, що прояви заразного туберкульозу у особи можуть бути непомітні для оточуючих, у тому числі і для слідчого, особливо на початкових стадіях захворювання. Відповідно, за відсутності відчуття ризику інфікування, слідчий, під час проведення обшуку та здійснення комунікації з присутніми особами не завжди використовує засоби особистого інфекційного захисту контактуючи з людьми, що можуть бути хворими на заразний ТБ та становити небезпеку зараження для оточуючих.

Мінімізувати зазначені ризики інфікування слідчого на ВІЛ та ТБ, а також збільшити ефективність його проведення може забезпечити ретельна підготовка до проведення обшуку.

Загалом, проведення обшуку складається з основних трьох етапів: підготовчого, робочого та заключного [313, с. 156]. І хоча кожний обшук є індивідуальним, оскільки визначається конкретними обставинами провадження, характером об'єктів обшуку та пошуку, особою злочинця тощо [16, с. 203; 147, с. 312], потенційний ризик інфікування слідчого ВІЛ-інфекцією або МБТ існує під час проведення будь-якого обшуку, незалежно

від його індивідуальності та конкретних обставин кримінального провадження, в рамках якого він здійснюється.

Тактика проведення обшуку в умовах існування ризику інфікування на ВІЛ чи ТБ містить загальні рекомендації, що ґрунтуються на підборі найбільш раціональних та безпечних тактичних прийомів, шляхів їх реалізації та умов, що забезпечать не лише якісне проведення обшуку з точки зору розслідування кримінального правопорушення, але і безпеку осіб, що його проводять, від ризику зараження. Її висвітлення потребує звернення до напрацьовань науковців, які висвітлювали основи тактики обшуку та пропонували її удосконалення.

Аналіз криміналістичної літератури свідчить про наявність різних поглядів вчених, стосовно тих організаційно-тактичних заходів, які повинен здійснювати слідчий на **підготовчому етапі** вказаної СРД.

Підготовка до обшуку була предметом дослідження таких науковців як Н.В. Гоч, Р.С. Белкін, М.М. Єфімов, В.Е. Коновалова, В.О. Малярова, В.М. Плетенець, А.Е. Разумова, В.М. Салтевський, К.О. Чаплинський, В.Ю. Шепітько, М.П. Яблоков та багатьох інших. Всі вони зробили вагомий внесок у розробку тактики проведення обшуку, зокрема у тактику підготовчого етапу.

Ми пропонуємо розглянути деякі з раніше запропонованих науковцями заходів крізь призму мінімізації ризиків зараження слідчого на ВІЛ/СНІД та ТБ та додати до окресленого науковцями переліку специфічні організаційно-тактичні заходи підготовки, покликані на забезпечення безпеки осіб, що проводять обшук. Наголошуємо, що виконання специфічних організаційно-підготовчих заходів, спрямованих на уникнення ризику інфікування не позбавляють слідчого необхідності виконувати підготовчі заходи загального спрямування, що у своїх працях окреслили вчені-криміналісти.

Вивчення матеріалів кримінального провадження здебільшого полягає у одержанні відомостей стосовно об'єктів пошуку (знарядь кримінального

правопорушення, викрадені предмети і цінності, особу злочинця тощо), та щодо об'єктів обшуку.

В той же час, відомості стосовно об'єктів пошуку та обшуку повинні включати в себе інформацію, стосовно можливої їх належності до джерел інфікування на ВІЛ, ТБ та інші захворювання. Джерелами такої інформації можуть бути показання свідків, потерпілих, підозрюваних, протоколи СРД, речові докази та висновки експертів. Отже, за відсутності прямої вказівки в матеріалах кримінального провадження щодо наявності на об'єкті пошуку джерела інфікування на ТБ або ВІЛ-інфекцію, слідчий повинен здійснити пошук побічної інформації, про можливе існування там такого джерела.

Можливо розподілити об'єкти обшуку за критерієм ймовірного ризику інфікування на ВІЛ-інфекцію та ТБ на: об'єкти з високим ризиком інфікування; об'єкти з середнім ризиком інфікування; об'єкти з низьким ризиком інфікування, які за своїми характеристиками корелюються з запропонованим нами у підрозділі 3.1 поділом об'єктів огляду за критерієм їх небезпечності інфікування ВІЛ або ТБ.

Залежно від категорії об'єкта пошуку, слідчим обирається найбільш доцільна тактика проведення обшуку, яка забезпечить уникнення ризику інфікування.

Також зазначимо, що вказаний захід підготовки до обшуку є обов'язковим з точки зору законодавства України. Пунктом 5 ч. 3 ст. 234 КПК України визначено, що у разі необхідності провести обшук слідчий, за погодженням з прокурором, або прокурор звертається до слідчого судді з відповідним клопотанням, яке повинно містити відомості про житло чи інше володіння особи або частину житла чи іншого володіння особи, де планується проведення обшуку [148]. Таким чином законодавча вимога щодо встановлення відповідних відомостей надасть змогу слідчому проаналізувати їх на можливу наявність джерела інфікування.

З огляду на необхідність збору інформації стосовно об'єкту обшуку, вважаємо, що вказана СРД має переваги перед ОМП, стосовно можливості

отримання ймовірної інформації щодо належності обшукуваного об'єкту до місць з високим, середнім або низьким ризиком інфікування на ТБ або ВІЛ. Зокрема, у разі підозри слідчого щодо належності об'єкту обшуку до місць з високим ризиком інфікування на ТБ, він має можливість направити відповідний запит до ПТЗ із зазначенням адреси, стосовно наявності даних у Реєстрі хворих на ТБ відповідно до вказаного об'єкту та отримати достовірну інформацію. Тобто, у слідчого, при проведенні обшуку, на відміну від ОМП, є більша можливість підготуватися та мінімізувати імовірність зараження, отримавши достовірну інформацію, стосовно належності об'єктів обшуку до місць з високим ризиком інфікування. Однак, зазначимо, що вказаний захід не завжди можливо реалізувати у практичній діяльності, зокрема, через брак часу на підготовку до обшуку, а також через можливий витік інформації стороннім особам, наприклад, працівникам протитуберкульозних закладів.

Таким чином, отримавши інформацію стосовно наявності високого ризику інфікування, слідчий буде зобов'язаний більш детально провести усі організаційно-підготовчі заходи, що, в свою чергу, надасть йому можливість більш впевнено почувати себе безпосередньо знаходячись на місці проведення обшуку.

Збирання орієнтуючої інформації про: особу злочинця, а також членів його сім'ї, родичів та знайомих є одним із найважливіших заходів, спрямованих на забезпечення безпеки слідчого та інших учасників обшуку від зараження на ВІЛ-інфекцію та ТБ. З цього приводу О.В. Бишевець зазначає, що якщо об'єктом пошуку є людина (жива чи труп), то з'ясовують таку інформацію як ознаки її зовнішності, особливі прикмети [38, с. 126].

Окрім цього, відомості про особу, якій належить житло чи інше володіння, та особу, у фактичному володінні якої воно знаходиться, повинні обов'язково міститись у клопотанні слідчого про проведення обшуку до слідчого судді. Таким чином їх встановлення необхідно і з точки зору кримінального процесуального законодавства (п. 6 ч. 3 ст. 234 КПК України) [148].

В умовах ризику інфікування ТБ або ВІЛ-інфекцією, вважаємо, що окрім загальних відомостей, слідчому необхідно встановити можливу наявність у відповідної особи та членів її родини (осіб, що разом з нею мешкають) ВІЛ/СНІДу або ТБ або встановити відношення осіб до груп підвищеного ризику інфікування переліченими захворюваннями. Вказані відомості покликані на обрання найбільш ефективних та безпечних тактичних прийомів спілкування з особою та пошуку об'єктів. Крім того, допоможе слідчому підготувати необхідні засоби індивідуального інфекційного контролю.

Визначення часу проведення обшуку. Говорячи про вказаний організаційно-підготовчий захід, неможливо не погодитись з думками вчених, зокрема, О.О. Закатова і А.Є. Ямпольського, які вказують, що раптовість є однією з найважливіших умов успішного проведення обшуку [91, с. 12].

Саме той факт, що обшук повинен бути здійснений раптово та без будь-яких зволікань є перешкодою для встановлення слідчим інформації стосовно наявності у правопорушників або присутності джерел інфікування на ВІЛ-інфекцію чи ТБ на об'єкті обшуку. Поспішаючи здійснити обшук, слідчі, здебільшого, забувають про засоби особистого інфекційного захисту, чим наражають себе на небезпеку. Ми наголошуємо на тому, що неякісна підготовка, недостатнє використання спеціальних знань та поспіх – є однією з причин низької ефективності обшуків та може стати причиною інфікування особи, що його проводить на ВІЛ та ТБ.

Визначення та підготовка науково-технічних засобів. Залежно від об'єкту пошуку слідчому варто враховувати, що деякі сліди, особливо сліди біологічного походження, які можуть носити на собі збудники ВІЛ-інфекції чи МБТ, в більшості випадків, слабо видимі, або ж взагалі невидимі для неозброєного ока. Тому під час проведення обшуку необхідно застосовувати такі технічні засоби, які нададуть змогу виявити вказані біологічні сліди. Враховуючи, що у слідчого, зазвичай, відсутні вказані технічні засоби,

важливим є вирішення питання стосовно залучення спеціаліста, який володіє спеціальними знаннями та має відповідні науково-технічні засоби. Оскільки, як влучно зазначає М.Г. Щербаковський, спеціалістів залучають для роботи під час обшуку з пошуковими приладами, оптичною апаратурою, вимірювальними засобами, використання яких спрямовано на виявлення схованого [341, с. 25-26].

Також, підготовка науково-технічних засобів повинна включати у себе дії, направлені на визначення технічних засобів з аудіо-, відеозапису, у випадку проведення обшуку житла чи іншого володіння особи на підставі ухвали слідчого судді. Ці дії полягатимуть у безпосередньому виборі технічного пристрою, перевірці його справності, заряду акумулятора, наявності вільного місця у пам'яті пристрою та ін. Відповідно, вказані технічні засоби повинні бути належним чином захищені від можливого потрапляння на них збудника інфекції, зокрема, під час передачі пристрою з рук у руки. Наприклад, захистити від зовнішнього потрапляння на технічний засіб бактерій та речовин біологічного походження може звичайна харчова плівка.

Визначення та підготовка засобів індивідуального інфекційного захисту. Вказаний захід організації та підготовки до обшуку є особливо актуальним у випадку встановлення об'єктом обшуку особливо небезпечного або небезпечного з точки зору інфікування місця. У такому випадку особа, що проводить обшук, повинна максимально чітко встановити можливі джерела інфікування, можливі їх місця перебування та подбати про особисті заходи індивідуального інфекційного контролю.

Ми цілком підтримуємо позицію О.М. Стрільців, стосовно того, що при проведенні обшуку в кримінальних провадженнях щодо незаконного обігу наркотиків категорично забороняється: 1) працювати без засобів індивідуального захисту шкіри, а в наркопритонах та нарколабораторіях – органів дихання (рукавички, респіратори, захисні костюми); 2) без дозволу спеціаліста торкатися, переміщати предмети та відкривати ємкості з рідиною;

3) пити та їсти з посуду, виявленого на місці обшуку (огляду), а також приймати його від сторонніх осіб; 4) торкатися руками відкритих частин свого тіла, особливо обличчя [278, с. 14].

Слід додати, що у випадку вживання у їжу продукції, особливо молочної, що знаходиться на об'єкті обшуку, виникає ризик аліментарного шляху інфікування туберкульозом.

Від повітряно-крапельного шляху інфікування туберкульозом дихальних шляхів найкраще забезпечить застосування респіраторів із хепа-фільтром, або маски, де, у сертифікаті продукту буде вказівка, що вони захищають від МБТ. У разі його відсутності, слід користуватися медичною маскою, яка повинна щільно прилягати до обличчя.

Такі засоби унеможливають інфікування слідчого та інших учасників обшуку (оперативні співробітники, спеціалісти, поняті тощо) через пил, який в процесі проведення обшуку буде піднятий у повітря, та може містити збудники ТБ.

Від контактного способу інфікування ТБ або парентерального способу інфікування ВІЛ-інфекцією забезпечить застосування латексних (гумових) рукавиць, прикриття відкритих ділянок шкіри одягом (бажано змінним), а також закриття найбільш вразливих ділянок шкіри спеціальними санітарними засобами. Наприклад, заклеювання (ізоляція) пластиром ділянок шкіри, що мають пошкодження (подряпини, порізи, садна тощо). У випадку відсутності латексних рукавиць, можливо застосовувати шкіряні, оскільки вони створять певний бар'єр, та, в свою чергу, зменшиться ризик пошкодження шкірних покривів інфікованими гострими предметами.

Стосовно ТБ зазначена нами вимога обґрунтовується знаннями щодо ймовірного ризику розвитку туберкульозного запального вогнища у місці, на яке потрапили МБТ (органи дихання, харчовий канал, шкіра тощо), де потім, у разі низької імунної опірності організму виникає туберкульозне запальне вогнище.

Говорячи про ВІЛ-інфекцію, можна навести статистичні дані стосовно парентерального способу інфікування у березні 2020 р., який, відповідно, став причиною інфікування у 466 випадках зі 1349 зареєстрованих [273], що складає 34,54 %.

Добір необхідних учасників для проведення обшуку. Як відомо, є обов'язкові та факультативні учасники обшуку. Питання про залучення факультативних учасників повинно вирішуватися слідчим, залежно від конкретної слідчої ситуації, об'єкту пошуку, об'єкту обшуку та від особи правопорушника.

Так, допомога спеціаліста, як зазначає П.П. Іщенко, під час проведення обшуку зводиться до сприяння виявленню, закріпленню та вилученню доказів. Вона проявляється в таких діях: виявлення шуканого; збір інформації, що забезпечує доведення приналежності знайдених об'єктів конкретній особі; виявлення, фіксація та вилучення слідів, предметів і речовин, що надалі будуть об'єктами експертного дослідження; складання орієнтувань (пошукових таблиць) на об'єкти, що розшуковуються [98, с. 87].

На можливості залучення біологів та криміналістів до проведення обшуку наголошує, зокрема, А.Е. Разумова, говорячи, що якщо за матеріалами справи маються дані, що на підозрюваному може бути кров від потерпілого або на місці обшуку скоєне убивство, то необхідно спланувати участь фахівців: біолога, криміналіста, а також застосування відповідних науково-технічних засобів і інструментів, у тому числі для підняття дощок підлоги [249].

Можливим є також залучення до вказаної СРД медичних працівників, якщо у слідчого є відомості стосовно перебування на об'єкті обшуку хворої на ТБ особи. Однак, слід враховувати, що можливість залучення до проведення обшуку лікаря-фтизіатра вкрай мала. Тому, у випадку існування у слідчого невпевненості у власних знаннях, стосовно засобів індивідуального інфекційного захисту, можливо, напередодні обшуку, порадитися із спеціалістами відповідної галузі.

Також слід наголосити на тому, що у разі наявності у слідчого інформації, стосовно ризиків інфікування на ВІЛ чи ТБ від осіб, у яких проводиться обшук, або від об'єкта пошуку та обшуку, він повинен подбати про безпеку усіх учасників вказаної СРД, яких він залучає. Добір необхідних учасників для проведення обшуку, у разі проведення обшуку житла чи іншого володіння особи, передбачає також залучення не менше як 2-х понятих. Ця вимога, відповідно до чинного законодавства України має бути реалізована незалежно від застосування технічних засобів фіксування відповідної СРД.

Зазначимо, що в даному випадку наша позиція цілком корелюється із висвітленою у підрозділі 3.1 дисертаційного дослідження стосовно необхідності скасування обов'язкової участі понятих, під час проведення обшуку, у випадку здійснення безперервної відеофіксації.

Проведення інструктажу. Враховуючи необхідність забезпечення безпеки членів СОГ від ризику інфікування ВІЛ-інфекцією та ТБ, обов'язковим є інструктаж стосовно застосування засобів індивідуального інфекційного контролю та безпечного виявлення, вилучення та фіксації об'єктів пошуку або слідів, що можуть містити на собі збудники інфекцій.

У випадку проведення обшуку в особливо небезпечних з точки зору інфікування об'єктах, пропонуємо залучати до проведення інструктажу лікаря-інфекціоніста, фтизіатра або інших спеціалістів у галузі медицини, які не лише поінформують учасників СРД про способи передачі захворювань та можливі засоби і заходи безпеки, але й зможуть надати рекомендації стосовно правильного їх використання та щодо постконтактної профілактики, яка можливо, знадобиться комусь з учасників обшуку.

Психологічна підготовка учасників обшуку до можливого контакту із джерелами інфікування туберкульозом та ВІЛ-інфекцією. Психологічною формою забезпечення особистої безпеки працівників поліції є вивчення індивідуально-психологічних особливостей працівників і прогнозування їх поведінки в екстремальних ситуаціях; формування у них психологічних

якостей, їх корекція з метою дотримання заходів особистої безпеки [87, с. 35].

Саме психологічне налаштування слідчого на проведення обшуку відіграє важливу роль у його якості та результативності. Слідчий мусить подолати можливу невпевненість та незручність, яка може виникнути в результаті необхідності втрутитися в особисте життя обшукуваного, особливо, коли об'єктом обшуку є житло особи. Крім того, обшукувані особи, які розраховують на брезгливість слідчого, можуть ховати об'єкти пошуку у найбільш приватних місцях свого помешкання: у шафах зі спідньою білизною, у брудному одязі, в туалетній кімнаті тощо. Психологічна підготовка мусить надати слідчому рішучості та впевненості у своїх діях. Крім того, володіння знаннями та засобами індивідуального інфекційного захисту від захворювань, сприятимуть подоланню страху доторкнутися до речей з біологічними слідами, серед яких може бути приховано об'єкт пошуку.

Здійснюючи психологічну підготовку осіб, що проводитимуть обшук у особливо небезпечних об'єктах обшуку, слід звертати увагу на ймовірні причини інфікування працівників поліції, які залежали особисто від них (незнання шляхів передачі захворювань, некористування засобами індивідуального інфекційного захисту, втрата пильності, переоцінка своїх можливостей, невідповідність до екстремальних та конфліктних ситуацій).

Існують випадки, коли під час проведення обшуку у житлі, особа, що там мешкає, зацікавлена у негативному результаті обшуку і може повідомити слідчому, про наявність небезпечного захворювання, зокрема, заразного туберкульозу. Така інформація може бути як правдивою, так і повідомленою з метою скоротити час проведення обшуку в приміщенні та збити з пантелику, переключити увагу слідчого з об'єкту обшуку та пошуку на страх за власне здоров'я та ризик інфікуватися. Тобто особа застосовує заходи впливу на учасників проведення обшуку, протидіючи розслідуванню.

Відповідна поведінка обшукуваного свідчить про наявність конфліктної ситуації. Вона характеризується наявністю складних умов, активністю мотивів та професійними можливостями людини; це ситуація прихованого або відкритого протиборства двох або кількох учасників, кожен з яких має свої цілі, мотиви, засоби або способи розв'язання проблеми, значимої для кожного її учасника [67, с. 143].

Різкий тон спілкування, відрита непокора, зухвала поведінка обшукуваного та присутніх осіб, як зазначає В.М. Плетенець, формують високу емоційну напруженість, наслідками якої можуть бути: стрес, приниженість, пригніченість, озлобленість учасників обшуку. Користуючись відсутністю контролю з боку понятих, обшукувані особи, можуть завдавати собі, членам родини (дружині, дітям) тілесні ушкодження, псувати чи знищувати предмети інтер'єру, звинувачуючи в цьому правоохоронців [212, с. 175]. У випадку наявності на об'єкті обшуку джерела ВІЛ-інфекції або ТБ, вказані дії особи збільшують ризик інфікування слідчого та усіх присутніх осіб, у разі недотримання ними заходів інфекційного контролю.

З огляду на предмет нашого дослідження, ми радимо слідчому додатково пам'ятати, що у випадку застосування ним засобів індивідуального інфекційного захисту під час проведення обшуку, навіть у разі наявності джерела інфікування, це дозволяє мінімізувати ризик зараження, а також сконцентруватись на меті та завданнях обшуку та уникнути страху за власне здоров'я, що може спричинити поспіх та розконцентрованість дій слідчого.

Відповідно, завадити такій ситуації може лише якісна підготовка до проведення обшуку, досконале знання проявів та способів передачі захворювання, а також, використання засобів індивідуального інфекційного захисту.

Не менш важливим є проведення *самоаналізу слідчого стосовно стану свого імунітету*, перед початком проведення обшуку, що було запропоновано та детально розглянуто нами як один із підготовчих заходів

до проведення допиту у підрозділі 2.1 дисертаційного дослідження. Оскільки стан імунітету та відповідно опірності організму до інфікування МБТ та ВІЛ є одним із ключових елементів зараження організму.

Стосовно *планування*, слід зазначити, що чим детальніше та повніше буде зібрано інформацію про об'єкт пошуку та обшуку, чим ретельніше буде проведено підготовчі заходи, тим більше шансів у слідчого отримати позитивний результат та уникнути ризику інфікування на соціально-небезпечні захворювання, зокрема такі як ВІЛ-інфекція та ТБ.

Однак, зауважимо, що нерідко встановити наявність джерела інфікування на об'єкті обшуку можливо вже під час **робочого етапу** проведення вказаної СРД. Визначенню та вивченню тактичних прийомів обшуку було приділено достатньо уваги з боку вчених криміналістів та процесуалістів.

У контексті досліджуваного питання варто зауважити, що проведення обшуку може характеризуватися як конфліктністю, так і безконфліктністю ситуації, хоча і конфліктність, і безконфліктність СРД є її загальними характеристиками їх системи, які не дозволяють заздалегідь обрати потрібну тактику, ті чи інші тактичні прийоми [74, с. 106].

Обшук завжди починається зі спілкування слідчого з власником житла чи іншого володіння особи. Зазвичай реакція обшукуваного на появу осіб, які проводять обшук, є негативною і може виявлятися як в агресії, так і, навпаки, в замиканні в собі. Обшуку притаманна протилежність цілей особи, яка проводить обшук, з одного боку, та обшукуваного – з іншого. З огляду на це, виникає напруженість, складна психологічна атмосфера, неприязнь, гнів, роздратування та протидія з боку особи, щодо якої проводять обшук [48].

Слідчі повинні враховувати, що примусовий характер обшуку, як правило, призводить до виникнення конфліктної ситуації [344, с. 139].

Узагальнення слідчої практики та опитування співробітників слідчих підрозділів, дозволяє зробити висновок, що у 83 % випадків, обшуки

проводилися у конфліктних ситуаціях. Така ситуація обумовлює використання низки тактичних прийомів [316, с. 181].

Особливо важливо, на думку М.І. Єнікєєва, не припиняти, а активізувати обшук у складних умовах: у забруднених приміщеннях, на горищах, у підвалах, серед нечистот і в різних важкодоступних місцях, маючи для цього спецодяг, технічні пристосування й ін. [80, с. 443]. Відповідно до специфіки та можливих місць розташування приміщень та об'єктів обшуку (ванна кімната, туалет, серед брудної білизни тощо) вказані місця можуть містити на собі предмети та речі, ймовірна концентрація на яких збуднику ВІЛ та ТБ буде найбільшою. На наше переконання, в залежності від ймовірної концентрації збудників ВІЛ та ТБ, описані вище приміщення, де у слідчого виникає підозра про можливу наявність великої кількості збудників хвороб слід обстежувати останніми. Така послідовність проведення обшуку сприятиме найкоротшій тривалості контакту слідчого з вище переліченими речами та, відповідно, забезпечить дотримання медичного принципу інфекційного контролю «переміщення від чистого до забрудненого».

Обшук, як зазначає С.С. Кулик, повинен проводитися в обсязі, необхідному для досягнення його мети. За рішенням слідчого (прокурора) може бути проведено обшук осіб, які перебувають у приміщенні, де проводиться обшук, якщо є достатні підстави вважати, що вони переховують при собі предмети або документи, які мають значення для кримінального провадження [156, с. 238-239].

Варто зауважити, що КПК України, не містить норму, що регламентує процесуальний порядок та підстави проведення обшуку особи.

О.В. Баганець слушно зазначає, що обшук особи проводиться у таких випадках: 1) під час затримання особи у порядку, передбаченому ч. 3 ст. 208 КПК України; 2) під час проведення обшуку житла чи іншого володіння особи у порядку, передбаченому ч. 5 ст. 236 КПК України [23, с. 134].

Відповідно, у разі виникнення необхідності та підстав для проведення обшуку осіб, які перебувають у приміщенні, де він проводиться та в умовах існування ризику інфікування ВІЛ-інфекцією або ТБ слідчого, або іншої особи, що проводить обшук, вважаємо за необхідне дотримуватися наступного порядку дій:

1) обов'язково одягти на себе засоби індивідуального інфекційного захисту;

2) шляхом прощупування одягу згори донизу, перевірити наявність у обшукуваного зброї: вогнепальної, холодної тощо (при цьому слід враховувати можливість застосування правопорушником вказаних предметів для нанесення шкоди працівнику поліції);

3) запропонувати особі особисто надати (викласти на підлогу або іншу поверхню) речі або документи, що можуть мати значення для розслідування, та які, відповідно є при ньому;

4) незалежно від того, надала особа чи ні відповідні речі, провести обшук особи «згори до низу». При цьому дозволено знімати з особи верхній одяг та взуття. Спочатку необхідно промацати комір одягу, потім перевірити кишені та далі вивернути їх;

5) віднайшовши небезпечні предмети (особливо гострі та колото-ріжучі, що можуть носити на собі збудники інфекцій) слідчий мусить обережно дістати їх та вилучити, упакувавши відповідно до вимог заходів безпеки.

При особистому обшуку обстеженню підлягає тіло людини, її одяг і речі, які знаходяться при ній. При обстеженні речей, що мають блискавки (кишені, сумки, портфелі), допускається їх відкриття [121, с. 176].

В умовах існування ризику, під час обстеження речей обшукуваного (сумки, портфелі тощо), пошкодити шкірні покриви гострими предметами, що можуть там знаходитись, пропонуємо вміст вказаних речей висипати на рівну поверхню, яка має бути заздалегідь підготовлена (заслана плівкою, папером тощо). Далі, за допомогою пінцету або підручних засобів (палички,

кулькової ручки тощо), оглянути детально вміст висипаних речей. Після чого спочатку із зовнішнього, а потім із внутрішнього боку промацати річ на наявність прихованих карманів із схованками тощо. Контакт із усіма речами та із особами повинен бути побудований як із потенційно інфікованими.

Заключний етап обшуку. Аналізуючи положення п. 10 ст. 236 КПК України, відповідно до якого «Обшук житла чи іншого володіння особи на підставі ухвали слідчого судді в обов'язковому порядку фіксується за допомогою аудіо- та відеозапису» [148], можемо дійти висновку, про те, що здійснюючи вказану СРД, фіксація відбувається не на заключному етапі обшуку, а триває від початкового до заключного етапу.

На цьому також наголошує А.О. Нечваль, говорячи, що початок відеофіксування обшуку, є найбільш доцільним та ефективним за місцем розташування органу досудового розслідування, де збирається СОГ. Цей тактичний прийом максимально забезпечить раптовість проникнення й дотримання процесуальної форми порядку відеофіксації обшуку житла чи іншого володіння особи. Отже, зафіксувавши всі необхідні відомості (час, дату, місце зйомки, ПІБ, посади учасників СОГ, понятих, параметри технічного засобу тощо), слідчий повідомляє, що відеозапис переривається для переміщення на об'єкт обшуку. На цьому підготовчий етап обшуку в контексті фіксації завершується. Прибувши на місце, де планується проведення обшуку, слідчий одразу відновлює відеозапис. Розпочати зйомку потрібно до моменту проникнення в житло чи інше володіння особи, а також до будь-якого контакту з обшукуваною особою, так як усі ці відомості є важливими для кримінального провадження. Власне, з моменту відновлення розпочинається робочий етап обшуку [190].

Таким чином, вилучення об'єктів пошуку, речей, що вилучені з обігу, або ж інших речей та документів, а також складання протоколу обшуку та опису вилученого є заключним етапом проведення вказаної СРД. Особливої уваги, з точки зору ризику інфікування ВІЛ-інфекцією та/або ТБ заслуговує саме якісне та безпечне вилучення речей. Як ми зазначали раніше, обшук та

вилучення речей слід проводити із застосування заходів індивідуального інфекційного захисту: у медичній масці, рукавичках та, бажано, у захисному халаті, або, за необхідності, у захисному медичному комбінезоні.

Порядок дій з вилучення знайдених об'єктів пошуку залежить від характеристик відповідного об'єкту. Першочергово відбувається фотофіксація із дотриманням прийомів судово-оперативної фотографії та застосуванням вузлової і детальної фотозйомки. Після цього, за необхідності, об'єкти пошуку досліджують на предмет виявлення слідів пальців рук. Далі, за загальним правилом, об'єкт упаковують, опечатують та скріплюють підписами слідчого, понятих та інших учасників обшуку.

У випадку вилучення гострих предметів: ножів, лез, заточок, шпильок, голок тощо, особливо у разі наявності на них залишків біологічної рідини, слід завчасно подбати про контейнери, в які вони будуть поміщені. Відповідні контейнери мусять мати тверді стінки, аби не було ризику травмування працівників та інших осіб вилученими об'єктами. Такою тарою можуть виступати картонні коробки, пластикові контейнери, пластикові або скляні пляшки тощо.

У разі вилучення шприців, порядок дій залежить від того, чи наявна на шприці голка, та чи є на голці захисний ковпачок. У разі наявності на голці захисного ковпачку, такий шприц поміщається в експертний пакет, або іншу тару, яка унеможливорює деформацію вилученого об'єкту та зміну його властивостей. У разі, якщо на шприці є голка, але захисний ковпачок відсутній, можливими є декілька варіантів дій:

- одягти на голку завчасно підготовлений ковпачок. Таку позицію займають ряд науковців, зокрема О.М. Стрільців, говорячи, що в такому випадку на шприц обов'язково вдягається захисний ковпачок, який бажано мати у своєму спорядженні спеціалістам, слідчим, працівникам підрозділів БНОН та іншим особам, які виїжджають на ОМП чи на СРД у справах про наркотики [278, с. 17]. Однак, ми вбачаємо такий спосіб вилучення небезпечним, з точки зору можливого травмування, та, як наслідок,

інфікування працівника, що вилучає об'єкт. Поспішаючи, або у разі хвилювання, різкого руху тощо, руки працівника можуть затремити, внаслідок чого існує ризик промахнутися та втрапили голкою у власну шкіру. Подібне травмування ризиковане інфікуванням на ВІЛ на інші інфекційні захворювання;

- обережно від'єднати голку від шприцу, та, в свою чергу носик запаяти за допомогою вогню (сірника, запальнички тощо), після чого можливо упакувати у тару, яка унеможлиблює деформацію вилученого об'єкту та зміну його властивостей, та, відповідно, зробити помітку щодо проведеної маніпуляції на пакеті та у проколі обшуку;

- вилучити шприц з голкою, за правилами вилучення гострих предметів, у відповідну тару, що убезпечить від можливого травмування працівників та деформації або витікання (знищення) вмісту шприцу.

Після проведення обшуку, особливо у разі можливого контакту з об'єктами, на яких могли бути наявні речовин біологічного походження, слід негайно вимити руки з милом. У разі неможливості негайно вимити руки, слід обробити руки, та усі речі, що могли контактувати з біологічними рідинами будь-яким дезінфікуючим, спиртовмісним розчином.

Таким чином, на підставі зазначеного вище можемо наголосити, що обшук відноситься до нонвербальних СРД з високим ризиком інфікування на туберкульоз (повітряно-крапельним, повітряно-пиловим та контактним шляхом) та ВІЛ (парентеральним шляхом). Мінімізувати зазначені ризики може дотримання універсального принципу перестороги, відповідно до якого усі об'єкти обшуку, пошуку, речі, предмети та люди, у тому числі трупи, що знаходяться на об'єкті обшуку мають розглядати як потенційно належні до джерела інфікування.

Нами класифіковано можливі об'єкти обшуку за наявністю ризику інфікування ВІЛ та ТБ на: об'єкти з високим, середнім та низьким ризиком інфікування. Залежно від яких, будується тактика проведення обшуку. Наголошено, що знання та досконале дотримання організаційно-тактичних

заходів, покликаних на уникнення ризику інфікування ВІЛ та ТБ, забезпечать безпеку слідчого та інших учасників обшуку від наявної можливості інфікуватися, а також слугуватиме фактором впевненості слідчого, що, в свою чергу, дасть змогу краще сконцентруватися на завданнях вказаної СРД. Однак, наголошуємо, що навіть безпечний, на перший погляд об'єкт обшуку та пошуку може містити джерело інфікування, а тому кожен обшук слід проводити з використанням засобів індивідуального інфекційного захисту.

Висновки до третього розділу

Слідчий огляд відноситься до СРД, з високим ризиком інфікування ТБ (повітряно-крапельним, повітряно-пиловим та контактним способом) та ВІЛ-інфекцією (парентеральний спосіб).

Нами визначено можливі види ризиків зараження слідчого на ВІЛ/СНІД або ТБ під час проведення огляду:

- ризики, що залежать від об'єкта інфікування: 1) живі особи, що присутні під час проведення огляду; 2) предмети побуту, розташовані на місці події; 3) сліди та знаряддя злочину; 4) трупи;

- ризики, що залежать від спрямованості умислу інфікованої особи відносно слідчого: 1) умисне інфікування від живої особи; 2) необережне інфікування (наприклад, під час надання долікарської допомоги особі або спілкуванні з нею).

Встановлено фактори, які можуть мінімізувати інфікування слідчого під час проведення огляду місця події: 1) наявність вичерпної первинної інформації стосовно вчиненого злочину, місця події, присутніх на місці події осіб; 2) знання та дотримання правил особистої безпеки під час проведення огляду; 3) уміння аналізувати та розрізняти місця події за критерієм їх небезпечності щодо інфікування ВІЛ та/або ТБ; 4) суворе дотримання тактичних прийомів огляду та технологічних рекомендацій; 5) дотримання

універсального принципу перестороги, що полягає у ставленні до усіх предметів та осіб, як до потенційно небезпечних; б) належна оснащеність комплектами інструментів для виявлення, вилучення, упакування речових доказів, об'єктів та зразків для порівняльних досліджень.

Під час проведення освідування, факт того, що воно здійснюється шляхом безпосереднього дослідження тіла живої людини виступає як найбільший ризик інфікування слідчого ВІЛ/СНІДом та/або ТБ. Це вимагає від слідчого, належних знань та навичок щодо застосування організаційно-тактичних заходів й методів роботи з людьми, а також неухильного дотриманням правил особистої безпеки та гігієни.

Встановлено наявні ризики під час проведення освідування:

- 1) здійснення комунікативного контакту з особою, що може бути носієм та розповсюджувачем МБТ;
- 2) здійснення тактильного контакту з тілом особи;
- 3) торкання та тривале тримання у руках особистих речей та одягу особи;
- 4) можливий контакт з видимими та невидимими біологічними речовинами, які можуть містити на собі збудники інфекції, у тому числі ВІЛ, а також можуть належати не лише освідуваній особі, але і невстановленим особам, дані про яких у слідчого відсутні;
- 5) тривале перебування у одному приміщенні, часто закритому, що пов'язане з можливим оголенням освідуваного.

Визначено необхідні організаційно-тактичні заходи під час проведення освідування в умовах ризику інфікування на ВІЛ та ТБ. Зокрема на підготовчому етапі – це:

- 1) вивчення та аналіз матеріалів кримінального провадження, а також інших джерел інформації;
- 2) прийняття слідчим (прокурором) рішення щодо необхідності проведення СРД;
- 3) добір учасників СРД;
- 4) вивчення особи, яка підлягає освідуванню;
- 5) обрання часу та місця проведення освідування;
- 6) створення необхідних умов для успішного проведення освідування;
- 7) перевірка та дотримання усіх засобів інфекційного контролю;
- 8) освідування вказаної категорії осіб у спеціально відведеному приміщенні слідчого підрозділу;
- 9) визначення та підготовка

технічних засобів фіксації; 10) визначення тактики проведення освідування; 11) складання плану СРД.

На робочому етапі освідування – це: 1) роз'яснення всім учасникам СРД мети та порядку проведення освідування; 2) встановлення особи освідуваного та інших учасників слідчої дії за документами; 3) роз'яснення учасникам та присутнім їх прав та обов'язків; 4) повідомлення про застосування технічних засобів фіксації; 5) повідомлення всіх учасників СРД про недопустимість розголошення відомостей, які стали їм відомі під час проведення СРД; 6) встановлення психологічного контакту; 7) загальний огляд одягу, взуття, відкритих ділянок тіла (шия, обличчя, голова, кисті рук); 8) огляд тіла освідуваного; 9) виявлення, фіксація слідів й особливих прикмет.

Обшук відноситься до нонвербальних СРД з високим ризиком інфікування на ТБ та ВІЛ. Нами класифіковано можливі об'єкти обшуку за наявністю ризику інфікування ВІЛ та ТБ на: об'єкти з високим, середнім та низьким ризиком інфікування. Залежно від яких, побудована тактика проведення обшуку на підготовчому, робочому та заключному етапах.

На підготовчому етапі проведення обшуку визначені наступні організаційно-тактичні заходи: 1) вивчення матеріалів кримінального провадження (з метою встановлення відомостей відносно можливої належності до джерел інфікування на ВІЛ, ТБ та інші захворювання об'єктів пошуку та об'єктів обшуку); 2) збирання орієнтуючої інформації про: особу злочинця, а також членів його сім'ї, родичів та знайомих (з акцентом на встановлення можливої наявності у особи та членів її родини (осіб, що разом з нею мешкають) ВІЛ/СНІДу або ТБ або встановлення їх належності до груп підвищеного ризику інфікування переліченими захворюваннями); 3) визначення часу проведення обшуку; 4) визначення та підготовка науково-технічних засобів; 5) визначення та підготовка засобів індивідуального інфекційного захисту; 6) добір необхідних учасників для проведення обшуку (з пропозицією мінімізувати участь понятих під час обшуку, особливо на

об'єктах, з високим ризиком інфікування); 7) проведення інструктажу (який включатиме в себе інформацію стосовно способів інфікування та необхідності користування засобами індивідуального інфекційного захисту); 8) психологічна підготовка учасників обшуку до можливого контакту із джерелами інфікування ТБ та ВІЛ-інфекцією; 9) самоаналіз слідчого стосовно стану свого імунітету; 10) планування.

На робочому етапі наголошено на можливому виникненні конфліктної ситуації з метою створення тиску на працівників поліції, сформовано рекомендації стосовно обстеження місць, де ймовірна підвищена концентрація збудників ТБ та ВІЛ-інфекції з метою зменшення тривалості контакту з ними та унеможливлення перенесення джерел інфекції у відносно чисті ділянки обшукуваного об'єкта, а також зроблено акцент на тактиці огляду осіб, хворих на ВІЛ/СНІД та ТБ, а також речей.

На заключному етапі проведення обшуку, в умовах ризику інфікування ВІЛ та ТБ визначені заходи щодо безпечного вилучення та упакування об'єктів, які можуть бути особливо небезпечними, враховуючи свої властивості (належність до біологічних рідин, гострота тощо).

ВИСНОВКИ

У дисертації наведено теоретичне узагальнення та запропоноване нове розв'язання наукового завдання щодо особливостей організації й тактики проведення СРД в умовах ризику інфікування ВІЛ та ТБ, зокрема:

1. З'ясовано, що стан наукової розробленості питання ВІЛ та ТБ відзначається однобічністю дослідження – на рівні медичного аналізу. Ураховуючи думки вчених, подано класифікацію ТБ за визначеними критеріями: 1) за сферою розповсюдження збудника інфекції; 2) за характером контакту з хворою особою; 3) за ситуацією (умовами), в якій опиняються оточуючі; 4) за шляхами поширення інфікуючого контакту; 5) за суб'єктом інфікування (який заражається сам); 6) за об'єктом інфікування (органи в організмі людини); 7) за стійкістю до умов середовища, в яке потрапляє МБТ; 8) за способом передачі; 9) за способом потрапляння збудника в організм людини; 10) за шляхами виділення з організму хворої людини; 11) за видами мікобактерій. Критерії поділу ВІЛ-інфекції на види визначені наступні: 1) за природою появи; 2) за способом інфікування; 3) за об'єктом найбільш ймовірного зараження; 4) за шляхами передачі.

Систематизовано інформацію про ТБ і ВІЛ та запропоновано досліджувати в аспекті історичних, медичних, соціально-фізіологічних, функціональних, статистичних особливостей їх виникнення та поширення.

2. Доведено, що стан обізнаності людей стосовно способів інфікування ТБта ВІЛ є незадовільним, що підвищує ризик зараження ними. Не є виключенням і працівники правоохоронних органів. Визначено, що причинами високого рівня професійних захворювань на ВІЛ та ТБ з боку працівників поліції є несистемна та непослідовна діяльність МВС України, недостатня нормативно-правова база щодо заходів безпеки тощо.

Аргументовано, що поінформованість працівників правоохоронних органів про захворювання на ТБ та ВІЛ будь-якого учасника кримінального

проведення обумовлює необхідність розробки специфічного підходу до організації й тактики проведення процесуальних та СРД.

3. Запропоновано в якості додаткового критерія класифікації СРД виділяти наявність ймовірного ризику інфікування ВІЛ та ТБ та поділяти їх на: 1) з високим; 2) середнім; 3) низьким ризиком зараження.

Встановлено, що найбільш небезпечними з точки зору інфікування ТБ повітряно-крапельним способом є вербальні СРД (допит, одночасний допит). З точки зору ризику інфікування ТБ повітряно-пиловим та контактним способом, а також за наявністю ризику інфікування ВІЛ-інфекцією – найбільш небезпечними є невербальні СРД (огляд, освідування та обшук).

4. Доведено, що відповідно до шляхів передачі ВІЛ-інфекції, допит ВІЛ-позитивних та хворих на СНІД не представляє жодної загрози слідчому та присутнім особам в частині передачі вказаного захворювання. Здебільшого організація допиту та одночасного допиту осіб за участю хворих на ВІЛ/СНІД, має бути покликана на уникнення дискримінації, стигматизації та порушення прав ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД людей.

Наголошено, що проведення допиту особи, хворої на ТБ із бактеріовиділенням, вимагає від слідчого дотримання наступних вимог: 1) досконале володіння знаннями щодо шляхів зараження ТБ; 2) користування навичками з дотримання заходів протитуберкульозного інфекційного контролю (адміністративного, інженерного та індивідуального); 3) мати при собі засоби індивідуального інфекційного контролю та вміло ними користуватися; 4) володіти навичками та засобами для дезінфекції приміщення, які здійснюються після проведення допиту.

5. Запропоновано ряд організаційно-тактичних заходів, спрямованих на покращення якості проведення одночасного допиту з учасником хворим на ТБ або ВІЛ-інфекцію, які сприяють підвищенню ефективності проведення вказаної СРД, а також мінімізують ризик інфікування слідчого та інших учасників одночасного допиту та присутніх осіб: 1) визначення доцільності проведення; 2) психологічна підготовка учасників одночасного допиту (з

акцентом на роз'ясненні відносно здоровому учаснику СРД шляхів інфікування вказаними недугами та переконання у безпечності перебування поруч з ВІЛ-інфікованою особою); 3) якісне та повноцінне застосування заходів інфекційного контролю відносно до приміщення де буде проведено одночасний допит з хворим на активний ТБ та відносно усіх присутніх осіб; 4) визначення часу та місця проведення одночасного допиту (з акцентом на можливість проведення одночасного допиту з хворим на заразний ТБ у спеціальному приміщенні або в режимі відеоконференції, або в кінці робочого дня); 5) проведення додаткового допиту (із застосуванням широкого кола тактичних прийомів, спрямованих на усунення протиріч); б) визначення осіб, між якими буде проведено одночасний допит, та черговості їх допиту (з заборонаю проведення у звичайних умовах одночасного допиту між особою, хворою на активний ТБ та ВІЛ-інфікованою або хворою на СНІД); 7) вибір учасника, який першим буде давати показання; 8) визначення та підготовка технічних засобів фіксації тощо.

б. Визначено ризики можливого зараження ТБ слідчого під час проведення допиту та одночасного допиту декількох осіб: 1) тривале перебуванням слідчого з хворим допитуваним в одному приміщенні (найчастіше закритому); 2) необхідність здійснювати комунікативний контакт, під час якого підвищується концентрація виділення МБТ у повітрі; 3) можливе осіданням МБТ на поверхнях кабінету та речах, або документах, які слідчий може надавати допитуваному; 4) відсутність засобів індивідуального інфекційного захисту та неналежний рівень знань щодо способів інфікування ТБ та шляхів мінімізації вказаних ризиків.

Запропоновано в якості альтернативних способів проведення вербальних СРД застосування відеоконференції та використання спеціального приміщення, створеного для роботи з інфекційними хворими, зокрема хворими на відкриту форму ТБ органів дихання, під яким розуміється відповідно облаштоване приміщення територіального підрозділу

Національної поліції, у якому дотримано усі заходи протитуберкульозного інфекційного контролю (адміністративного, інженерного та індивідуального).

7. Визначено фактори, які можуть мінімізувати інфікування слідчого під час проведення ОМП: 1) наявність вичерпної первинної інформації стосовно вчиненого злочину, місця події, присутніх на місці події осіб; 2) знання та дотримання правил особистої безпеки під час проведення огляду; 3) уміння аналізувати та розрізняти місця події за критерієм їх небезпечності щодо інфікування ВІЛ та/або ТБ; 4) суворе дотримання тактичних прийомів огляду та технологічних рекомендацій; 5) дотримання універсального принципу перестороги, що полягає у ставленні до усіх предметів та осіб, як до потенційно небезпечних; 6) належна оснащеність комплектами інструментів для виявлення, вилучення, упакування речових доказів, об'єктів та зразків для порівняльних досліджень.

8. Встановлено наявні ризики під час проведення освідування: 1) здійснення комунікативного контакту з особою, що може бути носієм та розповсюджувачем МБТ; 2) здійснення тактильного контакту з тілом особи; 3) дотик та тривале тримання у руках особистих речей та одягу особи; 4) можливий контакт з видимими та невидимими біологічними речовинами, які можуть містити на собі збудники інфекції, у тому числі ВІЛ, а також можуть належати не лише освідуваній особі, але і невстановленим особам, дані про яких у слідчого відсутні; 5) тривале перебування в одному приміщенні, часто закритому, що пов'язане з можливим оголенням освідуваного.

Наголошено, що, враховуючи фактор ризику інфікування на ВІЛ та ТБ, основними організаційно-тактичними заходами під час проведення освідування є: 1) вивчення та аналіз матеріалів кримінального провадження, а також інших джерел інформації; 2) прийняття слідчим (прокурором) рішення щодо необхідності проведення СРД; 3) добір учасників СРД; 4) вивчення особи, яка підлягає освідуванню; 5) обрання часу та місця проведення освідування; 6) створення необхідних умов для успішного

проведення освідування; 7 перевірка та дотримання усіх засобів інфекційного контролю; 8) освідування вказаної категорії осіб у спеціально відведеному приміщенні слідчого підрозділу; 9) визначення та підготовка технічних засобів фіксації тощо.

9. Класифіковано можливі об'єкти обшуку за наявністю ризику інфікування ВІЛ та ТБ на: об'єкти з високим, середнім та низьким ризиком інфікування. Зазначено, що залежно від цього, будується тактика проведення обшуку.

Визначено, що мінімізувати ризик зараження ВІЛ або ТБ може дотримання універсального принципу перестороги, відповідно до якого усі об'єкти обшуку, пошуку, речі, предмети та люди, у тому числі трупи, що знаходяться на об'єкті обшуку, особи, з якими планується комунікативний, та, можливо тактильний контакт, розглядаються як потенційно інфіковані, та такі, що носять на собі збудники інфекції.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. A.R. Escombe, D.A.J. Moore and all Upper-room ultraviolet light and negative air ionization to prevent tuberculosis transmission PLoS Med., 6 (2009) e1000043. DOI:10.1371/journal.pmed.1000043
2. Comstock GW, Livesay VT, Woolpert SF. The prognosis of a positive tuberculin reaction in childhood and adolescence. Am J Epidemiol 1974;99:131–8. PMID: 4810628 DOI: 10.1093/oxfordjournals.aje.a121593
3. Fox G.J. Contact investigation for tuberculosis: a systematic review and meta-analysis / G. J. Fox et al. // *Eur. Respir. J.* 2013. № 41. P. 140–156.
4. Grandjean L. Tuberculosis in household contacts of multidrug-resistant tuberculosis patients / L. Grandjean et al. // *Int. J. Tuberc. Lung Dis.* 2011. Vol. 15, № 9. P. 1164–1169
5. M. Mphahlele, A.S. Dharmadhikari and all Institutional Tuberculosis Transmission: Controlled Trial of Upper Room Ultraviolet Air Disinfection (and Online Supplement) Am. J. Respir. Crit. Care Med., 192 (2015), pp. 477-484. DOI: 10.1164/rccm.201501-0060OC
6. Mack U, Migliori GB, Sester M, Rieder HL, Ehlers S, Goletti D, et al and TBNET. LTBI: latent tuberculosis infection or lasting immune responses to M. tuberculosis? A TBNET consensus statement. Eur Respir J 2009;33:956–73. DOI: 10.1183/09031936.00120908
7. Malevski H. Teismo ekspertu ir specialistu rengimas lietuvoje: privalumai ir problemos / H. Malevski, G. Juodkaite-Granskiene, G. Nedveckis // *Kriminalistika ir teismo eksertize: mokslas, studijos, praktika IX.* — Vilnius; Charkovas, 2013. — Chapter 1. — C. 57
8. Mark Nicas, William W. Nazaroff, Alan Hubbard. Toward Understanding the Risk of Secondary Airborne Infection: Emission of Respirable Pathogens. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15459620590918466?journalCode=uoeh20>

9. McGimsey C.L., Whelan D. Forensic interviews: Plan to succeed. *Journal of Accountancy*. 2015. Iss. 220. №2. P. 34-42
10. Morrison J., Pai M., Hopewell P. C. Tuberculosis and latent tuberculosis infection in close contacts of people with pulmonary tuberculosis in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis // *Lancet Infect. Dis.* 2008. № 8. P. 359–368
11. Physical evidence handbook / Texas department of public safety – Crime Laboratory Service. – URL: http://www.crime-scene-investigator.net/evidence_manual_TX.pdf
12. Ringer J. Study finds tobacco use and air pollution exposure increase odds of tuberculosis by far greater than 50%. Loma Linda University Health. By Janelle Ringer - November 25, 2019 – URL: <https://news.llu.edu/research/study-finds-tobacco-use-and-air-pollution-exposure-increase-odds-of-tuberculosis-by-far-greater-than-50>
13. Toit K. A four-year nationwide molecular epidemiological study in Estonia: risk factors for tuberculosis transmission / K. Toit et al. // *Public Health Action*. 2014. Vol. 4, № 2. P. 34–40
14. Vella V., Racalbuto V., Guerra R. Household contact investigation of multidrug-resistant and extensively drug-resistant tuberculosis in a high HIV prevalence setting // *Int. J. Tuberc. Lung Dis.* 2011. Vol. 15, № 9. P. 1170–1175
15. Werf M. J., Langendam M. W., Sandgren A. Lack of evidence to support policy development for management of contacts of multidrug-resistant tuberculosis patients: two systematic reviews // *Int. J. Tuberc. Lung Dis.* 2012. Vol. 16, № 3. P. 288–296
16. Абушов Т. А. Система організаційних і тактичних дій під час проведення обшуку. *Науковий вісник Національної академії внутрішніх справ*. Київ, 2011. № 6. С. 198-205
17. Аверьянова Т. В., Белкин Р. С, Корухов Ю. Г ., Российская Е. Р. Криминалистика : учеб. для вузов / под ред. Р. С. Белкина. 3-е изд., перераб. и доп . М. : НОРМА, 2007. 475 с.

18. Агафонов В. В., Филиппов А.Г. Криминалистика: пособие для сдачи экзамена. Изд. 5-е, испр. М.: Юрайт-Издат, 2006. 224 с.
19. Азаров Ю. І. Забезпечення участі понятих у кримінальному процесі в контексті дотримання принципу законності. *Митна справа*. 2014. № 6 (2.2). С. 480-485.
20. Аленін Ю. П., Торбас О. О. Процесуальні особливості огляду транспортного засобу за чинним КПК України. *Протидія організованим злочинній діяльності* : матеріали Всеукраїнської наук.-практ. інтернет-конф. (м. Одеса, 31 бер. 2017 р.). Одеса, 2017. С. 3-5., URI : <http://hdl.handle.net/11300/7706>
21. Алексейчук В. І. Огляд місця події: тактика і психологія : монографія / ред. проф. В. О. Коновалової. Х., 2011. 232 с.
22. Андреев И. С., Грамович Г. И., Порубов Н. И. Криминалистика : учеб. пособие / под ред. Н. И. Порубова. Мн. : Выш. шк., 1997. 344 с.
23. Баганець О. В. Обшук особи як засіб отримання доказів стороною обвинувачення у досудовому розслідуванні прийняття пропозиції, обіцянки або одержання неправомірної вигоди службовою особою. *Вісник кримінального судочинства*. 2016. № 3. С. 133-139.
24. Баев А. А., Григорьев В.Н. Организация и тактика первоначальных действий следственных групп при проведении специальной операции по освобождению заложников из летательного аппарата : учебное пособие. Изд. 2-е. М.: МЦ при ГУК МВД России, 1997. 32 с.
25. Баев О. Тактика кримінального переслідування і професійного захисту від нього. Слідча тактика: Науково-практичний посібник, 2003. 428 с. URL: <http://yport.inf.ua/obschie-polojeniya-taktiki.html>
26. Баканова Л.П. Теоретические и практические основы использования микрообъектов в раскрытии и расследовании пре ступлений : монография. Ташкент : Академия МВД Республики Узбекистан, 2005. 119 с.
27. Бакиров А.А. Уголовно-процессуальные аспекты производства обыска и выемки : автореф. дис. ... канд. юрид. наук : спец. 12.00.09 / ГОУ

ВПО «Башкирский государственный университет». Уфа, 2009. 26 с. URL: <http://www.dissercat.com/content/ugolovnoprotsessualnye-aspekty-proizvodstva-obyska-i-vyemki#ixzz3MXZvUqc9>

28. Балабанова Я.М. Анализ факторов риска возникновения лекарственной устойчивости у больных туберкулёзом гражданского и пенитенциарного секторов в Самарской области России. *Пробл. туб. и бол. легких*. 2005. № 5. С. 25–30.

29. Балинян Т.Є. Розв'язування діагностичних і ситуаційних (ситуалогічних) завдань судово-біологічної експертизи. *Теорія та практика судової експертизи і криміналістики* : зб. наук. праць. Х. : Право, 2009. Вип. 9. С. 357-365

30. Баранчук В. В. Поняття та ознаки психологічного контакту в процесі допиту. *Питання боротьби зі злочинністю*. Харків, 2009. Вип. 17. С. 326–332.

31. Баранчук В. В. Система тактичних прийомів установлення психологічного контакту при допиті : дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.09 / Нац. юрид. ун-т ім. Ярослава Мудрого, Міністерство освіти і науки України. Харків, 2018. 238 с.

32. Бахин В. П. Криминалистика. Проблемы и мнения (1962-2002). К., 2002. 268 с.

33. Бахин В. П., Когамов М. Ч., Карпов Н. С. Допрос на предварительном следствии (уголовно-процессуальные и криминалистические вопросы). Алматы: Оркениег, 1999. 208 с.

34. Бахін В. П., Весельський В. К. Тактика допиту : навч. посіб. (Серія «Навчально-практичне видання»). К.: НВТ «Правник», 1997. 64 с.

35. Бахін В. П., Весельський В. К., Маліков Т. С. Поліцейський допит у США (поради допитуєчому) : навч. посіб. К.: НВТ «Правник», 1997. 32 с.

36. Белкин Р. С. Курс криминалистики : учеб. пособие: в 3-х томах. Частные криминалистические теории. М.: Юристъ, 1997. Т. 2. 464 с.

37. Белкин Р. С., Лифшиц Е. М. Тактика следственных действий. Москва : Новый юрист, 1997. 176 с.
38. Бишевец О.В. Тактико-психологічне забезпечення обшуку у кримінальному провадженні. *Национальный юридический журнал: теория и практика*. 2015. № 2/2 (12). С. 125–130
39. Бідняк Г.С., Пантелеєв К.М. Використання спеціальних медичних знань під час огляду пошкоджень одягу трупа на місці його виявлення. *Криміналістичний вісник*. 2017. № 1. С. 111-116. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/krvis_2017_1_20
40. Біленчук П.Д. Гель А.П. Основи криміналістичної тактики : курс лекцій. Вінниця : Вінницька філія МАУП, 2001. 116 с.
41. Білоус І.М. Особливості проведення огляду місця події у процесі розслідування злочинів про посягання на здоров'я людей під приводом проповідування релігійних віровчень чи виконання релігійних обрядів. *Вісник Академії адвокатури України*. 2015. Т. 12, № 1. С. 136–143. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/vaau_2015_12_1_16
42. Борідько О.А. Логінова В. В. Освідування та тактика його проведення при розслідуванні умисних тілесних ушкоджень. *Радник. Український юридичний портал*. URL: radnuk.info/statti/555-kriminalist/14626-2011-01-18.
43. Борідько О. А., Парасочкіна К. В., Пономаренко Г. О. Тактика слідчих оглядів : навч. посіб. Херсон : Видавець Чуєв С.М., 2006. 72 с.
44. Булейко О. Л. Участь понятих у кримінальному процесі : дис. ... канд. юр. наук : 12.00.09 / Академія адвокатури України. Київ., 2009. 191 с.
45. Булейко О. Л. Участь понятих у кримінальному процесі : моногр. К.: КНТ., 2010. 168 с.
46. Бурданова В. С. Расследование умышленного причинения вреда здоровью. Изд. 3-е, испр. и доп. СПб., 2000. 72 с.
47. В Україні зростає кількість ВІЛ-пацієнтів, які перебувають під медичним наглядом. *Центр громадського здоров'я МОЗ України* : офіц. веб-

сайт. URL : <https://phc.org.ua/news/v-ukraini-zrostaе-kilkist-vil-pacientiv-yaki-perebuvayut-pid-medichnim-naglyadom> (дата звернення 15.06.2019)

48. Вакулик О. О., Несевра Д. Т. Тактико-психологічні основи проведення обшуку в приміщенні. *Актуальні питання кримінального процесу, криміналістики та судової експертизи*. Київ, 2017. URL : <http://elar.naiu.kiev.ua/jspui/handle/123456789/3576>

49. Васильев А. Н. Тактика отдельных следственных действий. М.: Юрид. лит., 1981. 112 с.

50. Ващук О. П. Антроподжерельна невербальна інформація в кримінальному провадженні: криміналістичні засади : дис. ... докт. юрид. наук : спец. 12.00.09 / Національний університет «Одеська юридична академія». Одеса, 2018. 510 с.

51. Ващук О. П. Невербальна інформація у кримінальному судочинстві: допит. *Національний юридический журнал: теорія и практика*. Кишинев, 2014. №6 (10). С. 234-237.

52. Ващук О. П. Невербальна інформація як один із видів криміналістичної інформації. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету*. Сер.: Юриспруденція. 2013. № 6–2. Том 2. С. 110 – 113.

53. Весельський В. К. Концептуальні основи тактики слідчих дій (слідчий огляд, допит, призначення і проведення судових експертиз). *Боротьба з організованою злочинністю і корупцією (теорія і практика)* : наук.-практ. журн. Київ: Вид-во Міжвід. наук.-дослід. центру з пробл. боротьби з організованою злочинністю. № 2 (28)'2012. С. 151-158

54. Весельський В. К. Сучасні проблеми допиту (процесуальні, організаційні і тактичні аспекти) : монографія. К.: НВТ «Правник». – НАВСУ, 1999. 126 с.

55. Весельський В.К., Кузьмічов В.С., Мацишин В.С., Старушкевич А.В. Особливості провадження допиту підозрюваного (обвинуваченого) з метою недопущення тортур та інших порушень прав людини : посібник / К. : Нац. акад. внутр.справ України, 2004. 148 с.

56. Відповідь на епідемію ТБ: виклики та можливості. *Центр громадського здоров'я МОЗ України* : офіц. веб-сайт. URL : <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/tuberkuloz/likuvannya>

57. ВІЛ-інфекція в Україні : інформаційний бюлетень / Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань МОЗ України. Київ, 2013. № 40. 24 с.

58. Возгрин И.А. О первоначальном этапе расследования хулиганства. *Вопр. теории и практики борьбы с хулиганством.* – Л., 1975.. с. 54.

59. Волинець І. В., Петльовська С. І. Особливості виявлення, фіксації, вилучення та упакування міроб'єктів біологічного походження. *Журнал науковий огляд.* 2019. № 7 (60), URL : <https://naukajournal.org/index.php/naukajournal/article/view/1892/1935>

60. Волобуєв А.Ф., Федорова О.Ф. Про тактику обшуку. *Криміналістичний вісник.* 2012. № 2 (18). С. 11 – 14

61. Гаврилин Ю.В. Криминалистическая тактика и методика расследования отдельных видов преступлений в определениях и схемах : учеб. пособие. М. : Книжный мир, 2004. 332 с.

62. Гаврилин Ю.В., Головин А.Ю., Тишутина И.В. Криминалистика в понятиях и терминах : учебное пособие. Москва : Книжный мир, 2006. 384 с.

63. Галаган В. І. Проведення слідчих (розшукових) дій: процесуальні та криміналістичні аспекти. *Міжнародний юридичний вісник: актуальні проблеми сучасності (теорія та практика).* Вип.1 (5) 2017. С. 73-79.

64. Галаган В. І., Удовенко Ж. В., Калачова О. М., Ключуряк С. С. Дотримання прав учасників кримінального провадження під час проведення освідування : моногр. Київ: Центр учбової літератури. 2015. 160 с. URL : https://pidruchniki.com/67763/pravo/taktika_provedennya_osviduvannya

65. Головин А. Ю. Новое уголовно-процессуальное законодательство и некоторые вопросы классификации следственных действий. *Новое уголовно-процессуальное законодательство РФ: проблемы теории и практики* :

матеріали науч.- практ. конф. / под ред. проф. Т.В. Волчецької. Калининград: Изд-во КГУ, 2003. С. 85–87.

66. Головний лікар Калуського тубдиспансеру: 80-90% людей інфіковані туберкульозною паличкою. URL : <https://kalushnews.city/read/rayon/3353/golovnij-likar-kaluskiego-tubdispanseru-80-90-lyudej-infikovani-tuberkuloznoyu-palichkoju-> (дата звернення 01.07.2019)

67. Гребеньков Г. В, Краснонос Ю. М., Смоктей А. О., Тимченко О. В. Конфліктологія : навчальний посібник. Львів: «Магнолія 2006», 229 с. URL : <http://www.magnolia.lviv.ua/?p=997>

68. Гріджук М. Основні шляхи поширення туберкульозу. Профілактика туберкульозу у дітей і підлітків. URL : <http://healthdnepr.kiev.ua/ru/novini/2015/09-veresnya-2015-roku.html>

69. Гріцова Н.А. Захворюваність, фактори ризику розвитку туберкульозу у дітей в умовах промислового регіону. Туберкуліодіагностика та профілактика : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.26 / Інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г.Яновського АМН України. К., 2002. 20 с. URL : <http://studcon.org/zahvoryuvanist-factory-ryzuku-rozvytku-tuberkulozu-u-ditey-v-umovah-promyslovogo-regionu>

70. Гурев М. С. Убийства на «разборках»: методика расследования. СПб. : Питер, 2001. 288 с.

71. Гуцуляк М.Я., Сьоміна Н.А. Особливості проведення огляду місця події при розслідуванні розкрадання у сфері будівництва. *Науково-інформаційний вісник «Право»*. 2016. №1(13) URI: <https://visnyk.iful.edu.ua/wp-content/uploads/2019/02/13-36-16.pdf>

72. Дезінфекційні заходи в профілактиці туберкульозу. ДУ «Львівський обласний лабораторний центр МОЗ України» : офіц. веб-сайт. URL : <http://www.ses.lviv.ua/novyny/2016/berezen/dezinfektsiyi-zakhody-v-profilaktytsi-tuberkulozu>

73. Денисюк С. Ф., Шепитько В. Ю. Обыск в системе следственных действий (Тактико-криминалистический анализ) : научно-практ. пособ. Харьков: Консум, 1999. 160 с.
74. Деревняк Д. В. Криміналістична тактика обшуку та особистий обшук: необхідність удосконалення. *Криміналістичний вісник*. 2015. № 2 (23). С. 104–108.
75. Джужа О. М. Запобігання поширенню СНІДу: кримінологічні та кримінально-правові проблеми: автореф. дис. ... д-ра юрид. наук : 12.00.08 / Українська академія внутрішніх справ. К., 1996. 47 с.
76. Джужа О. М., Гіда О. Ф., Піщенко Г. І., Корецький С. М. Загальносоціальна та спеціальна профілактика наркоманії та ВІЛ/СНІДу : навчально-методичний посібник / МВС України. НАВСУ : К., 2004. 79 с.
77. Дрозд В. Г. Організаційні і тактичні аспекти розслідування умисних тяжких тілесних ушкоджень : автореф. дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.09. Київ, 2009. 17 с.
78. Дрозд В. Г. Проблемні питання проведення одночасного допиту в умовах пандемії коронавірусу COVID-19 та епідемії туберкульозу. *Науковий вісник публічного та приватного права*. 2020. Випуск 5. С. 117-124
79. Еникеев М. И. Общая и юридическая психология. Краткий курс. СПб : Питер. 2005. 321 с.
80. Еникеев М. И. Основы общей и юридической психологии : учебник для вузов. Москва : Юристъ, 1996. 631 с.
81. Етіологія епідеміологія туберкульозу. Зв'язок з факторами довкілля URL: <http://rushkolnik.ru/docs/index-4963630.html>
82. Етіологія туберкульозу. Зупинемо туберкульоз! URL: http://tb.org.ua/content_ukr/etiologiya-tuberkulozu.html
83. Ефимичев С.П. Процессуальная характеристика. Осмотр. Следственные действия (процессуальная характеристика, тактические и психологические особенности) : учебное пособие. Волгоград : ВСШ МВД СССР, 1984. 240 с.

84. Єфімов М. М. Організація і тактика проведення огляду місця події при розслідуванні хуліганства. *Актуальні проблеми вітчизняної юриспруденції*. 2016 (1). С. 76-79. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/apvu_2016_1_20.

85. Єфімов М. М. Особливості проведення слідчих (розшукових) дій на початковому етапі розслідування незаконного заволодіння військовослужбовцем зброєю, бойовими припасами та вибуховими речовинами. *Науковий вісник Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ*. 2018. № 1 (90). С. 156-160, DOI: 10.31733/2078-3566-2018-1-156-160.

86. Журавель В. А. Фіксація доказової інформації: сучасний стан та перспективи розвитку. *Актуальні проблеми держави та права*. 2008. Вип. 44. С. 164–169.

87. Забезпечення охорони праці та особистої безпеки в Національній поліції України : навч. посібник / кол. авт. ; за заг. ред. д.б.н., проф. Грибана В.Г., к.ю.н. Глуховері В.А. Дніпро: Дніпроп. держ. ун-т внутр. справ ; Ліра ЛТД, 2017. 212 с.

88. Зайцева С. И., Матвеева С. Л., Ющенко Л. П. Клиника и профилактика туберкулеза у ВИЧ-инфицированных. *Международный мед. журнал*. 2002. №4. С. 29-33.

89. Закатов А. А. Ложь и борьба с нею. Волгоград : М-во внутр. дел Рос. Федерации. Волгогр. юрид. ин-т. - 2. изд., испр. и доп. Волгоград : Волгогр. юрид. ин-т МВД России, 1999. 150 с.

90. Закатов А. А., Цветков С. И. Тактика допроса при расследовании преступлений, совершаемых организованными преступными группами : лекция. Изд. второе. М.: МЦ при ГУК МВД России, 1998. 36 с.

91. Закатов А. А., Ямпольский А. Е. Обыск : учеб. пособие. Волгоград: ВСШ МВД СССР, 198. 40 с.

92. Застосування спеціальних знань і техніко-криміналістичних засобів під час проведення слідчого огляду : метод. рекомендації / укл. Р. І. Благута, О.В. Захарова, М. Ю. Ковальська та ін. Львів: ЛьвДУВС, 2019. 104 с.
93. Затенацький Д.В. Ідеальні сліди в криміналістиці (технікокриміналістичні та тактичні прийоми їх актуалізації) : монографія. Харків : Право, 2010. 160 с.
94. Захист від інфікування ВІЛ та профілактика інших небезпечних інфекційних хвороб при виконанні професійних обов'язків : пам'ятка для працівників органів внутрішніх справ та курсантів вищих навчальних закладів МВС України. Київ. 2013. 18 с.
95. Зеленецкий В.С., Кузьминова В.Ю. Технология восстановления (реконструкции) утраченных уголовных дел. Харьков: Восточно-региональный центр гуманитарно-образовательных инициатив, 2002. 236 с.
96. Изард К. Э. Эмоции человека: перев. с англ. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1980. 440 с.
97. Ищенко Е.П., Топорков А.А. Криминалистика : учебник / под ред. Е. П. Ищенко. М. : Юридическая фирма «КОНТРАКТ» : ИНФРА-М, 2005. 748 с.
98. Ищенко П.П. Специалист в следственных действиях (уголовнопроцессуальные и криминалистические аспекты). Москва : Юрид. лит., 1990. 160 с.
99. Іваниця А. В., Єфімов М. М. Розслідування вбивств через необережність: навч. посібник. Дніпро: Дніпроп. держ. ун-т внутр. справ, 2018. 152 с.
100. Іванова Т. Мультирезистентний туберкульоз в Україні: причини поширення та шляхи подолання / *Управління охорони здоров'я Миколаївської міської ради* : офіц. веб-сайт. URL : <http://uoz.mkrada.gov.ua/index.php/stattikaryam/2678-multirezistentnij-tuberkuloz-v-ukrajini-prichini-poshirennya-ta-shlyakhi-podolannya>.

101. Ільїнська І. Ф. Не провокуйте мікобактерію поганим настроєм : База даних / Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського. URL: http://www.ifp.kiev.ua/doc/people/tub_immun.htm

102. Ільїнська І. Ф. Профілактика ВІЛ-інфекції. Популярно про ВІЛ-інфекцію : База даних / Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського. URL: <http://www.ifp.kiev.ua/doc/people/vil-pop/vil-pop7.htm>

103. Ільїнська І. Ф. Шляхи інфікування вірусом імунодефіциту людини Популярно про ВІЛ-інфекцію : База даних / Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського. URL: <http://www.ifp.kiev.ua/doc/people/vil-pop/vil-pop3.htm>

104. Інструкція про порядок конвоювання та тримання в судах підсудних (засуджених) за вимогою судових органів : Наказ Міністерства внутрішніх справ України, Міністерства юстиції України, Генеральної прокуратури України, Верховного Суду України, Служби безпеки України від 16.10.1996 р. N 705/37/5/17-3981-3/503/239. *Законодавство України* : База даних / Верховна Рада України. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0662-96#Text>

105. Інфекційний контроль ТБ. *Центр громадського здоров'я МОЗ України* : офіц. веб-сайт. URL : <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/tuberkuloz/infekciyniy-kontrol-tb>

106. Іоффе С. Є., Суханова А. А. Тягар ВІЛ/СНІДу в державах світу та в Україні. *Здоров'я жінки*. 2012. № 3. С. 40-43. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Zdzh_2012_3_10.

107. Казначесв Д. Г. Заходи запобігання інфікуванню працівників поліції соціально-небезпечними хворобами в побуті та під час виконання ними службових обов'язків : методичні рекомендації / Д.Г. Казначесв, Н.І. Земляна, Є.С. Почтова. ДДУВС., 2016. 24 с.

108. Капітанчук Л. Ю. Особливості розслідування нелегальної міграції : автореф. дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.09. Київ, 2011. 17 с.

109. Карпушин С. Ю. Проведення слідчих (розшукових) дій : дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.09 / Нац. акад. внутр. справ. Київ, 2016. 210 с. URL : http://elar.naiu.kiev.ua/bitstream/123456789/1421/1/karpushin_dis.pdf

110. Карпушин С. Ю. Проведення одночасного допиту у кримінальному провадженні. *Право і суспільство*. 2015. № 5.2. С. 238-243 . URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pis_2015_5

111. Кікінчук В. В. Процесуальний порядок та тактичні особливості здійснення слідчих (розшукових) дій : науково-методичні рекомендації / В.В. Кікінчук, К.Л. Бугайчук, В.О. Малярова, Т.П. Матюшкова. Харків: ХНУВС. 2018. 101 с.

112. Кількість хворих на коронавірус в Україні зросла до 645 : Слово і діло : аналітичний портал. URL : <https://www.slovoidilo.ua/2020/03/31/novyna/suspilstvo/kilkist-xvoryx-koronavirus-ukrayini-zrosla-645>

113. Книженко С. О., Деменко Т. В. Особливості допиту в режимі відеоконференції під час досудового розслідування. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна*. № 1062. Серія «ПРАВО» Випуск № 14, 2013 р. С. 208-211.

114. Кобикова Ю. В. Підготовка персоналу ОВС до роботи з населенням, яке хворіє на соціально небезпечні захворювання. *Право і безпека*, 2016. № 2 (61), С. 94-99. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pib_2016_2_19

115. Коваль М.М. Методика розслідування катувань, що вчиняються співробітниками Національної поліції : дис... канд. юрид. наук. 12.00.09 / Національний університет «Львівська політехніка», Львів, 2017. 237 с.

116. Ковтуненко Л.П. Ситуаційний підхід до тактики обшуку. *Проблеми законності*. 2012. Вип. 118. С. 175-183. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pz_2012_118_23.

117. Козаков О. Відеоконференції у судовому процесі: за і проти. *Правовий тиждень*. URL : <http://legalweekly.com.ua/index.php?id=16061&show=news&newsid=123158>.

118. Колесник Ю. В. Тактичні прийоми проведення слідчих (розшукових) дій як криміналістичні засоби діяльності слідчого. *Часопис Академії адвокатури України*. 2013. № 4. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Chaau_2013_4_11

119. Колмаков В. П. Следственный осмотр. М.: Юридическая литература, 1969. 196 с.

120. Кольченко В.П. Допрос как способ доказывания и средство обеспечения прав личности в уголовном судопроизводстве : дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.09 / Саратовская государственная академия права. Саратов, 2003. 201 с.

121. Комарова М.В. Правові та організаційні засади обшуку у кримінальному провадженні : дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.09 / Національна академія внутрішніх справ. Київ, 2019. 256 с.

122. Коновалова В.Е. Версия: концепция и функции в судопроизводстве : монография. Харьков : Консум, 2000. 176 с.

123. Коновалова В.Е. Психология в расследовании преступлений : монография. Харьков : Вища школа, 1978. 143 с.

124. Коновалова В.О., Шепітько В.Ю. Юридична психологія : академічний курс : підручн. для студ. юрид. спец. вищ. навч. закл. Київ.: Концерн «Видавничий дім «Ін Юре», 2004.

125. Контроль за станом навколишнього середовища при ТБ (ультрафіолетові випромінювачі). *Центр громадського здоров'я МОЗ України* : офіц. веб-сайт. URL : <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/tuberkuloz/infekciyniy-kontrol-tb/navchalni-materiali-z-infekciynogo-kontrolyu>

126. Крайдашенко О. В., Свинтозельський О. О., Саржевська А.В. Клінічна фармація. Змістовний модуль 2, VIII семестр : навч.-метод. посіб.

для студентів вищ. навч. закладів : ЗДМУ, 2018. 181 с. URL: <http://dspace.zsmu.edu.ua/bitstream/123456789/8493/1>.

127. Криміналістика / под ред. Б. А. Викторова, Р. С. Белкина. – М. : Юрид. лит., 1976. 550 с.

128. Криміналістика : тактика, організація і методика розслідування преступлений : учебник / под ред. Резвана А.П., Субботиной М.В., Харченко Ю.В. Волгоград : ВА МВД России, 2000. 224 с.

129. Криміналістика : учеб. / под ред. А.Г. Филиппова и А.Ф. Волынского. Москв., 1998.

130. Криміналістика : учебник / отв. ред. Н.П. Яблоков. – 2-е изд., перераб. и доп. Москва : Юристъ, 1999. 355 с.

131. Криміналістика : учебник / под ред. И. Ф. Пантелеева, Н.А. Селиванова. Москва. : Юрид. лит., 1984. 544 с.

132. Криміналістика : учебник / под ред. И.Ф. Герасимова, Л.Я. Драпкина. – 2-е изд., перераб и доп. – М. : Высш. шк., 2002. – 672 с.

133. Криміналістика : учебник / под ред. Т.А. Седовой, А.А. Эксархопуло. СПб.: Издательство «Лань», 2001. 928 с., ил. (Учебники для вузов. Специальная литература).

134. Криміналістика. Том 2 / под ред. профессоров Р.С. Белкина, В.П. Лаврова, И.М. Лузгина : Высшая юридическая заочная школа МВД СССР. М., 1988. 454 с.

135. Криміналістика : навч. посібник / Р. І. Благута, Р. І. Сибірна, В.М. Бараняк та ін. / за заг. ред. Є. В. Пряхіна. Київ : Атіка, 2012. 496 с.

136. Криміналістика : підруч. / В. Ю. Шепітько, В. О. Коновалова, В.А. Журавель та ін. / за ред. В. Ю. Шепітька. 5-те вид., переробл. та доповн. К. : Ін Юре, 2016. 640 с.

137. Криміналістика : підруч. / П. Д. Біленчук, В. К. Лисиченко, Н. І. Клименко та ін. / ред. П. Д. Біленчука. Вид 2-ге, випр. і доп. К. : Атіка, 2001. 544 с. : іл.

138. Криміналістика : підруч. для студ. юрид. спец. вищ. закл. освіти / за ред. В. Ю. Шепітька. 2-ге вид., переробл. і допов. К. : Концерн «Видавничий Дім «Ін Юре», 2004. 728 с.

139. Криміналістика : підруч. для студентів юрид. спец, вищих закладів освіти / В.М. Глібко, А.Л. Дудніков, В.А. Журавель та ін. /за ред. В.Ю. Шепітька. К. : Видавничий Дім «Ін Юре», 2001. 684 с.

140. Криміналістика : підручник / В. В. Пясковський, Ю. М. Чорноус, А. В. Іщенко, та ін. К.: «Центр учбової літератури», 2015. 544 с.

141. Криміналістика : підручник / В.Д. Берназ, В.В. Бірюков, А.Ф. Волобуєв / за заг. ред. А.Ф. Волобуєва. МВС України, Харк. нац. ун-т внутр. справ. Х. : ХНУВС, 2011. 666 с.

142. Криміналістика : підручник / В.Ю. Шепітько, В. Коновалова, В.А. Журавель / за заг. ред. Шепітька В.Ю. Харків : Одиссей, 2009. 368 с.

143. Криміналістика : підручник / за ред. В. Ю. Шепітька. К. : Ін Юре, 2003. 684 с.

144. Криміналістика : підручник / кол. авт. ; за ред. В. Ю. Шепітька. К., 2001. 217 с.

145. Криміналістика : підручник : у 2 т. Т. 1 / В. Ю. Шепітько, В. А. Журавель, В. О. Коновалова та ін. / за ред. В. Ю. Шепітька. Харків : Право, 2019. 456 с.

146. Криміналістика : Підручник для студентів юрид. спец. вищих закладів освіти / Глібко В.М., Дудніков А.Л., Журавель В.А. та ін. / за ред. В.Ю. Шепітька. К.: Видавничий Дім «Ін Юре», 2001, 262 с.

147. Криміналістика : підручник. / П. Д. Біленчук, В. К. Лисиченко, Н. І. Клименко та ін. / за ред. П.Д. Біленчука. 2-ге вид., випр. і доп. К.: Атіка, 2001. – 544 с.

148. Кримінальний процесуальний кодекс України : Закон України від 13 квіт. 2013 р. № 4651-VI. Відомості Верховної Ради України. 2013. № 9–10, № 11–12, № 13. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/>.

149. Кримінальний процес : підручник / за ред. Ю. М. Грошевого, О. В. Капліної. Харків : Право, 2010. 608 с
150. Кримінальний процес : підручник / Ю. М. Грошевий, В. Я. Тацій, А.Р. Туманянц та ін. / за ред. В. Я. Тація, Ю. М. Грошевого, О. В. Капліної, О.Г. Шило. Харків : Право, 2013. 824 с.
151. Кримінальний процесуальний кодекс України. Науково-практичний коментар: у 2 т.Т. 1 / О.М. Бандурка, Є.М. Блажівський, Є.П. Бурдоль та ін. / за заг. ред. В.Я. Тація, В.П. Пшонки, А.В. Портнова. — Х.: Право, 2012. 768 с.
152. Кримінальний процесуальний кодекс України. Науково-практичний коментар / за загал. ред. професорів В.Г. Гончаренка, В.Т. Нора, М.Є. Шумила. К. : Юстініан, 2012. 1224 с.
153. Критерії визначення груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ : затв. Наказом М-ва охорони здоров'я України від 08.02.2013 р. № 104 (у ред. від 08.02.2013). *Законодавство України* : База даних / Верховна Рада України. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0324-13#n4>
154. Критерії віднесення певної категорії осіб до групи підвищеного ризику захворювання на туберкульоз : затв. Наказом М-ва охорони здоров'я України від 15.05.2014 р. № 327. (у ред. від 15.05.2014). *Законодавство України* : База даних / Верховна Рада України. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0578-14>
155. Кузьмічов В. С., Юсупов В. В. Алібі у розкритті злочинів : навч. посіб. Київ : КНТ, 2007. 264 с.
156. Кулик С. С. Особливості обшуку під час досудового розслідування привласнення, розтрата майна або заволодіння ним шляхом зловживання службовим становищем. *Науковий вісник НАВС*. 2013. № 1. С. 232 – 240.
157. Курдиба Т. О. Загальна характеристика тактичних помилок слідчого під час допиту. *Наше право*. 2010. № 3. С. 95–98.
158. Курс уголовного процесса / под ред.: Л.В. Головки. Москва: Статут, 2016. 1278 с.

159. Лебедев Д.В. Тактичні особливості забезпечення безпеки потерпілого та свідка при розслідуванні кримінальних справ про торгівлю жінками з метою їх сексуальної експлуатації. *Актуальні проблеми політики: Збірник наукових праць* / голов. ред. С.В. Ківалов; відп. за вип. В.М. Дрьомін. Одеса: Фенікс, 2004. Вип. 21, С. 131-137.

160. Литвиненко Н.А. Антимікобактеріальна терапія хворих на мультирезистентний туберкульоз легень з новими та раніше лікованими випадками захворювання : дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.26 / Держ. установа «Націон. інститут фтизіатр. і пульмонол. ім. Ф. Г. Яновського Націон. академії мед. наук України». Київ, 2018. 383 с. URL : <http://www.ifp.kiev.ua/ftp1/svr/2018/26-11-2018-autoref-1.pdf>

161. Лісогор В.Г. Криміналістичне забезпечення збереження таємниці досудового слідства : Наук.-практ. посібник. Д.: Юрид. акад. М-ва внутр. справ. 2005. 156 с.

162. Літвінчук І. С. Методика розслідування злочинів, пов'язаних із умисним випуском на ринок України небезпечної продукції : дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.09 / Мін-во освіти і науки України, Націон. ун-тет «Львівська політехніка». Львів, 2018. 239 с.

163. Лобойко Л. М., Черненко А. П. Кримінально-процесуальна регламентація слідчих дій : монограф. Дніпроп. держ. ун-тет внутр. справ, 2006. 168 с.

164. Лук'янчиков Є.Д., Лук'янчиков Б.Є. Освідування – засіб інформаційного забезпечення розслідування. *Юридичний вісник «Повітряне і космічне право»*. 2014. Том 2, № 31. URL : <http://ecobio.nau.edu.ua/index.php/UV/article/view/8478>

165. Лук'янчиков Є. Д., Лук'янчикова В. Є. Учасники освідування. *Вісник Луганського державного університету внутрішніх справ імені Е. О. Дідоренка*. 2015. Вип. 1. С. 121-132. URL : <http://nbuv.gov.ua/>.

166. Лукьянчиков Е. Д. Особенности расследования преступлений несовершеннолетних : учеб. пособ. Киев : НИ и РО КВШ МВД СССР им. Ф.Э. Дзержинского, 1990. 52 с.

167. Лускатов О. В. Особливості розслідування нерозкритих злочинів минулих років : лекція. Д.: Юрид. акад. М-ва внутр. справ, 2003. 36 с.

168. Майерс Д. Социальная психология. Серия «Мастера психологи». СПб : Питер, 1997. 688 с.

169. Макаренко Є.І. Негодченко О.В., Тертишник В. М. Огляд місця події : навч. посібн. Дніпропетровськ, 2001.

170. Макаренко И.А. Следственные действия как процессуальные способы получения информации о личности несовершеннолетних обвиняемых и их классификация. *Вестник Башкирского университета*. 2006. № 4. С. 129 –130.

171. Маляренко В.Т. Перебудова кримінального процесу України в контексті європейських стандартів: монографія. Київ: Юрінком Інтер, 2005. 512 с.

172. Маринів В. Правові засади освідування особи. *Вісник Прокуратури*. 2003. № 12 (30). С. 71-76

173. Марчук А.І. Судова медицина: курс лекцій : навч. посіб. Київ. : Генеза. 1997. 144 с.

174. Мельник В. М. Туберкульоз : шляхи зараження і запобігання. База даних / Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського. URL : <http://www.ifp.kiev.ua/doc/people/tubzar.htm>

175. Мельник В.М. Туберкульоз, як медико-соціальна і політична проблема : доповідь на нараді в Київській обласній державній адміністрації (2 березня 2005 року). Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського. URL : <http://www.ifp.kiev.ua/doc/people/msprob.htm>

176. Мельник В. М. Що таке туберкульоз. База даних / Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського. URL : <http://www.ifp.kiev.ua/doc/people/tuberculosis.htm>

177. Мельник В. М., Новожилова І. О., Приходько А. М., Сметаніна О. Р. Динаміка захворюваності та смертності від туберкульозу до і під час епідемії: тенденції та регіональні особливості. *Український пульмонологічний журнал. Актуальні питання фтизіатрії*. 2006. № 1. С. 53-55. URL : <http://www.ifp.kiev.ua/doc/journals/upj/06/pdf06-1/53.pdf>

178. Мельник В. П. Стан та перспективи щеплення вакциною BCG. *Укр. пульмонол. журн.* 2011. № 2. С. 15–16.

179. Мельник В. П., Світлична Т.Г. Захворюваність та летальність хворих на туберкульоз у поєднанні з ВІЛ-інфікуванням та СНІДом. *Укр. пульмонол. журнал.* 2006. №2. С. 34-36.

180. Методичні рекомендації про дії працівників органів і підрозділів внутрішніх справ в типових та екстремальних ситуаціях. НАВС. Київ, 2013. 203 с.

181. Методичні рекомендації щодо особливостей проведення допиту, впізнання в режимі відеоконференції під час досудового розслідування : Юхно О.О., Абламський С.Є., Бондаренко О.О. та інш. // *Законодавче забезпечення правоохоронної діяльності* : навч. посіб. / за заг. ред. В.В. Сокурєнка. Харків : Стильна типографія, 2017. С. 327-354.

182. Мисливий В.А. Оглядові дії на місці дорожньо-транспортної пригоди. *Науковий вісник Дніпроп. держ. ун-ту внутр. справ* : зб. наук. праць. 2007. № 2 (33). С. 239-246.

183. Михальчук Т.В. Особливості проведення окремих слідчих (розшукових) дій у режимі відеоконференції. *Криміналістика и судебная экспертиза*. 2013. Вып. 58(1). С. 138-144. URL : <http://nbuv.gov.ua/>.

184. Міжнародна поліцейська енциклопедія : у 10 т. Т. 5 : Кримінальнопроцесуальна та криміналістична діяльність поліцейської організації / відп. ред. : Є. М. Мойсєєв, В. Я. Тацій, Ю. С. Шемшучєкно. К. : Атіка, 2009. 1008 с.

185. Мороз І. Участь патрульних поліції в огляді місця події. *Підприємництво, господарство і право*. 2017. № 2. С. 274-277. URI : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pgip_2017_2_54.

186. Мухин Г.Н., Исютин-Федотков Д.В. Криминалистика : учеб. пособие. Минск : Акад. МВД Респ. Беларусь, 2009. 227 с.

187. На голці. Експерти ООН : оціночна кількість ін'єкційних наркоманів в Україні – 290 тисяч. *Радіо свобода*. URL : <http://www.radiosvoboda.org/content/article/1946418.html>

188. Невгад В.В., Дударець Р.М., Саковський А.А., Климчук М.П. Проведення слідчих (розшукових) дій із застосуванням звуко- та відеозаписувальних технічних засобів : метод. рек. К. : Нац. акад. внутр. справ, 2018. 67 с.

189. Недоступ М.Ф. Поінформованість з проблем ВІЛ/СНІДу та формування безпечної поведінки працівників національної поліції. *Вісник ЛДУВС ім. Е.О. Дідоренка*. 2017. № 2 (78). С. 207-215. URL : <https://journal.lduvs.lg.ua/index.php/journal/article/view/300/268>

190. Нечваль А.О. Етапи проведення обшуку : теорія та практика. *Підприємництво, господарство і право*. 2019 № 6. С. 322–325.

191. Нечваль А.О. Обшук у системі невербальних засобів криміналістичної тактики. *Науковий вісник Національної академії внутрішніх справ*. 2017. № 1. С. 268-277. URL : <http://nbuv.gov.ua/>.

192. Нікітіна-Дудікова Г.Ю. Розслідування насильницького задоволення статевої пристрасті неприродним способом, вчиненого щодо малолітньої особи : навчальний посібник. Вінниця, 2018. 291 с.

193. Образцов В.А., Рзаев Т.Ю. Общие положения подготовки и производства допроса. Следственные действия. Криминалистические рекомендации. Типовые образцы документов / под ред. В.А. Образцова. Москва : Юрист, 1999. 499 с.

194. Одерій О.В. Участь спеціаліста у проведенні окремих слідчих (розшукових) дій під час досудового розслідування злочинів проти довкілля.

Криміналістика і судова експертиза. 2016. Вип. 61. С. 145-152. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/krise_2016_61_18

195. Оперативна інформація про офіційно зареєстровані випадки ВІЛ-інфекції, СНІДу та кількість смертей, зумовлених СНІДом. *Центр громадського здоров'я МОЗ України* : офіц. веб-сайт. URL : <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/vilsnid/statistika-z-vilsnidu/statistichni-dovidki-pro-vilsnid>

196. Орлеан А. Процедура забезпечення безпеки учасників кримінального провадження: адаптація законодавства України до європейських стандартів. *Актуальні проблеми правознавства*. Випуск 3 (7). 2016. С. 87-92.

197. Особливості тактики проведення окремих слідчих дій : навч. посіб. / О.О. Андрєєв, Д.Д. Заяць, В.В. Колесніков та ін. / за заг. ред. Д. Д. Зайця. МВС України, Харк. нац. ун-т внутр. справ. Харків : ХНУВС, 2010. 192 с..

198. Оцінка вразливості людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом в Україні : результати соціологічного дослідження / за ред.. В. Гордієнка. : ПРООН в Україні, 2008. 104 с.

199. Павлова Н.В. Використання технічних засобів і технологій під час проведення допиту у режимі відеоконференції. *Економічна та інформаційна безпека: проблеми та перспективи* : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Дніпро, 27 квітня 2018 р.). Дніпро : ДДУВС, 2018. С. 161-163. URL : <http://er.dduvs.in.ua/handle/123456789/1165>

200. Павлова Н.В. Проблеми та перспективи дистанційного судочинства. *Науковий вісник Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ*. Дніпро : ДДУВС, 2013. № 2, С. 477-484.

201. Павлова Н.В. Розслідування шахрайства при укладанні цивільно-правових угод щодо відчуження житла : монографія / за заг. ред. к.ю.н., проф. Є. І. Макаренка. Дніпропетровськ : Дніпр. держ. ун-т внутр. справ, 2008. 176 с.

202. Палатова М.В. Критерії інформативності при дистанційному допиту задля забезпечення процесуальної рівності сторін і змагальності процесу. *Європейські стандарти кримінального судочинства* : Матеріали всеукр. наук.-практ. конф. (м. Донецьк, 27 вересня 2013 року) / ред.кол.: О.О. Волобуєва, В.П. Горбачов, Д. С. Паламар. Донецьк : ДЮІ МВС України, 2014. С. 203-206.

203. Пасько О.М. Перелік професійно важливих умінь, які детермінують готовність слідчого до проведення гласних слідчих (розшукових) дій. *Південноукраїнський правничий часопис*. 2015. № 2. С. 176-180. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pupch_2015_2_54

204. Перелік осіб, віднесених до груп підвищеного ризику захворювання на туберкульоз : Наказ Мін-ва охорони здоров'я України від 15 травня 2014 р. № 327. *Законодавство України* : База даних / Верховна Рада України. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0577-14#Text>.

205. Петрухин И. Л. Экспертиза как средство доказывания в советском уголовном процессе. Москва : Юрид. лит., 1964;

206. Пиріг І.В. Організація і тактика проведення огляду місця події в сучасних умовах розвитку науки і техніки. *Криміналістичний вісник*. 2020. 32(2). С. 30-37. URL : <https://doi.org/10.37025/1992-4437/2019-32-2-30>

207. Пиріг І. В. Теоретико-прикладні проблеми експертного забезпечення досудового розслідування : монографія. Дніпропетровськ : ДДУВС; Ліра ЛТД, 2015. 432 с.

208. Пиріг І.В., Бідняк Г.С. Використання спеціальних знань на досудовому розслідуванні : навч. посібник / І. В. Пиріг, Г .С. Бідняк. Дніпро : ДДУВС, 2019. 140 с.

209. Плетенець В.М. Організаційно-тактичне забезпечення одночасного допиту двох чи більше вже допитаних осіб. *Науковий вісник Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ*. 2015. № 1. С. 424-429. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvdduvs_2015_1_59.

210. Плетенець В.М. Особливості встановлення психологічного контакту під час допиту. *Науковий вісник Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ*. 2016. № 2. С. 244-247. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvdduvs_2016_2_36.

211. Плетенець В.М. Розслідування завідомо неправдивих повідомлень про загрозу безпеці громадян, знищення чи пошкодження об'єктів власності: монографія. Дніпро. : Дніпропетровськ: Дніпроп. держ. ун-т внутр. справ, 2012. 188 с.

212. Плетенець В. М. Типові конфліктні ситуації при проведенні обшуку та шляхи їх вирішення. *Науковий журнал «Visegrad Journal on Human Rights»*. 2017. № 5. С.172-177.

213. Победкин А. В., Яшин В. Н. Следственные действия : монографія. Москва: Юрлитинформ, 2016. 185 с.

214. Поліванова І.О. Психологічні і тактичні засади одночасного допиту кількох вже допитаних осіб. *Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Серія «Право»*. 2017. (23). С. 155-157. URL : <https://periodicals.karazin.ua/law/article/view/9738>

215. Положення про Єдиний реєстр досудових розслідувань, порядок його формування та ведення : Наказ Генеральної прокуратури України від 30.06.2020 № 298. *Законодавство України* : База даних / Верховна Рада України. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0298905-20#n7>

216. Полтавський А.О. До питання стандартизації технології огляду (дослідження) місця події. *Криміналістика і судова експертиза*. 2019. Вип. 64. С. 331-349. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/krise_2019_64_33.

217. Пономарев И. П. Тактика допроса лица, ссылающегося на «цифровое алиби». *Теория і практика судової експертизи і криміналістики*. 2010. Вип. 10. С. 86-93.

218. Попов В.И. Руководство к практическим занятиям по криминалистической тактике. Москва. : Изд-во «Юрид. лит.». 1964. 272 с.

219. Порубов Н.И., Порубов А.Н. Допрос : процессуальные и криминалистические аспекты : монография. Москва, 2013. 304 с.

220. Постконтактна профілактика. *Центр громадського здоров'я МОЗ України* : офіц. веб-сайт. URL : http://phc.org.ua/pages/diseases/hiv_aids/treatment-and-prevention/post-exposure-prophylaxis-%28per%29.

221. Почтова Є.С. Вплив поінформованості слідчого про захворювання учасника досудового розслідування туберкульозом на організацію та проведення слідчих (розшукових) дій. *Актуальні питання протидії злочинності в сучасних умовах: вітчизняний та зарубіжний досвід* : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Дніпро, 17 березня 2017 р.). у 2-х ч. Дніпро: Дніпроп. держ. ун-т внутр. справ; Ліра ЛТД, 2017, Ч-2. С. 114-116. URL : <http://er.dduvs.in.ua/handle/123456789/1525>.

222. Почтова Є.С. Деякі аспекти тактики затримання слідчим осіб, хворих на туберкульоз. *Актуальні питання досудового розслідування* : матеріали II Всеукраїнської наук.-практ. конф. (м. Кривий Ріг, 21 жовтня 2016 р.). Кривий Ріг : Поліграфічна компанія «Геліос-Принт», 2017. С. 144–146.

223. Почтова Є.С. Деякі способи інфікування працівників поліції ВІЛ/СНІДом та туберкульозом під час виконання службових обов'язків. *Visegrad Journal on Human Rights*. №5 (volume 2). 2018. Братислава, Словачка Республіка. 2018. С. 66-69. URL : http://vjhr.sk/archive/2018_5/part_2/12.pdf

224. Почтова Є.С. До питання проведення освідування, з урахуванням ризику інфікування слідчого на ВІЛ/СНІД або туберкульоз дихальних шляхів. *Вісник Південного регіонального центру Національної академії правових наук України*. 2018. № 17. Одеса. С. 213-214.

225. Почтова Є.С. Наявність в учасника заразного туберкульозу як підстава проведення одночасного допиту в режимі відеоконференції: процесуальний аспект. *Актуальні проблеми вітчизняної юриспруденції*.

Вип. 5, 2018. Дніпро, 2018. С. 118-121. URL : http://apnl.dnu.in.ua/5_2018/28.pdf

226. Почтова Є.С. Організаційно-тактичні особливості проведення допиту осіб, хворих на туберкульоз. *Актуальні проблеми вітчизняного права в дослідженнях молодих вчених* : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. курсантів, студентів, слухачів, ад'юнктів (аспірантів) та докторантів (м. Дніпро, 18 травня 2017 року). Дніпро : Дніпроп. держ. ун-т внутр. справ, 2017. С. 173-176. URL : <https://dduvs.in.ua/wp-content/uploads/files/Structure/science/publish/8,2.pdf>.

227. Почтова Є.С. Організаційно-тактичні особливості проведення допиту осіб, хворих на туберкульоз. *Актуальні проблеми розслідування кримінальних правопорушень у сфері громадської безпеки та громадського порядку у досудовому розслідуванні* : матеріали наук.-практ. семінару (м. Дніпро, 30 травня, 2017 р.) Дніпро : Дніпроп. держ. ун-т внутр. Справ.-2017. С. 119–120. URL : <http://er.dduvs.in.ua/handle/123456789/1475>.

228. Почтова Є.С. Організаційно-тактичні заходи підготовки до проведення освідування в умовах ризику інфікування ВІЛ/СНІДом та/або туберкульозом. *Науковий вісник Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ*. №3 (96), 2018. Дніпро, 2018. С. 173-176. URL : <http://er.dduvs.in.ua/handle/123456789/1475>

229. Почтова Є.С. Особливості підготовки до проведення одночасного допиту в режимі відеоконференції з учасником, інфікованим туберкульозом дихальних шляхів. *Науковий вісник публічного та приватного права*. Вип.4. Т. 2., Київ, 2018. С. 170-174. URL : http://nvppp.in.ua/vip/2018/4/tom_2/35.pdf

230. Почтова Є.С. Перспективи наукового обґрунтування тактики проведення слідчих (розшукових) дій за участю осіб, інфікованих ВІЛ/СНІДом та туберкульозом. *Юридична наука: сучасний стан, перспективи, інновації* : матеріали всеукраїнської наук.-практ. конф. (м. Кривий Ріг, 7 грудня 2016 р.). Кривий Ріг: КФ ДДУВС, 2016. С. 101–103.

231. Почтова Є.С. Ризики інфікування слідчого ВІЛ/СНІДом або туберкульозом під час проведення обшуку у справах про злочини проти громадської безпеки. *Кримінально-правові та кримінологічні засоби протидії злочинам проти громадської безпеки та публічного порядку* : зб. тез доп. міжнар. наук.-практ. конф. До 25-річчя ХНУВС (м. Харків, 18 квітня 2019 р.). МВС України, Харків нац. ун-т внутр. справ; Кримінолог. асоц. України. Харків : ХНУВС, 2019. С. 176–177. URL : http://dspace.univd.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/5173/Kryminalno_p_ravovi%20ta%20kryminolohichni%20zasoby%20protydii%20zlochynam%20proty%20hromadskoi%20bezpeky%20ta%20publichnoho%20poriadku_konferentsiia_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

232. Почтова Є.С. Щодо вирішення питання доцільності проведення одночасного допиту за наявності в одного з учасників ВІЛ/СНІДу або заразної форми туберкульозу. *Актуальні питання досудового розслідування та тенденції розвитку криміналістичної методики* : всеукр. наук.-практ. конф. (м. Харків, 21 листоп. 2018 р.). МВС України, Харків нац. ун-т внутр. справ. Харків, 2018. С. 161–162. URL : http://univd.edu.ua/general/publishing/konf/21_11_2018/pdf/76.pdf

233. Почтова Є.С. Щодо деяких проблемних питань захисту працівників поліції від захворювання на ВІЛ/СНІД. *Сучасні тенденції розвитку криміналістики та кримінального процесу* : міжнар. наук.-практ. конф. до 100-річчя від дня народження проф. М.В. Салтевського (м. Харків, 8 листоп. 2017 р.). МВС України, Харків нац. ун-т внутр. справ. Харків, 2017. С. 167–168.

234. Почтова Є.С. Щодо допомоги спеціаліста під час огляду місця події з виявлення слідів біологічного походження в умовах ризику інфікування ВІЛ, туберкульозом або іншими інфекційними захворюваннями. *Актуальні проблеми експертного забезпечення досудового розслідування* : матеріали наук.-практ. семінару: (Дніпро, 29 травня 2020 р.). Дніпро: Дніпроп. держ. ун-т внутр. справ, 2019. С.295-298.

235. Почтова Є.С. Щодо ризиків інфікування слідчого ВІЛ-інфекцією або туберкульозом дихальних шляхів під час проведення освідування. *Актуальні проблеми кримінально-правового, кримінально-процесуального та криміналістичного забезпечення безпеки України* : матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (м. Дніпро, 30 листопада 2018 р.). Дніпро : Видавець Біла К.О., 2018. С.164-165.

236. Почтовая Е.С. Особенности проведения осмотра места происшествия в условиях риска инфицирования туберкулёзом или ВИЧ/СПИДом. *Legea si Viata*, №11/2 (323) 2018, республіка Молдова. 2018. С. 109-112. URL : https://ibn.idsi.md/ro/vizualizare_articol/69321.

237. Приходько Ю.О. Юрченко В.І. Психологічний словник-довідник : навч. посіб. Київ. : Каравела, 2012. 328 с.

238. Про внесення змін до Закону України "Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» : Закон України від 23.12.2010 р. № 2861-VI. *Законодавство України* : База даних / Верхов. Рада України. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2861-17>.

239. Про забезпечення безпеки осіб, які беруть участь у кримінальному судочинстві : Закон України від 23 грудня 1993 № 3782-XII. *Законодавство України*. : База даних / Верхов. Рада України. URL : <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3782-12>.

240. Про затвердження Загальнодержавної програми імунoproфілактики та захисту населення від інфекційних хвороб на 2009-2015 роки : Закон України від 21 жовтня 2009 р. N 1658-VI. Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2010, N 2-3, ст.12.

241. Про затвердження Порядку ведення реєстру хворих на туберкульоз : Наказ М-ва охорони здоров'я України від 19.10.2012 року № 818. *Законодавство України* : База даних / Верховна Рада України. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1864-12>.

242. Про затвердження Стандарту інфекційного контролю за туберкульозом в лікувально-профілактичних закладах, місцях довгострокового перебування людей та проживання хворих на туберкульоз : Наказ М-ва охорони здоров'я України від 18 серпня 2010 року № 684. *Законодавство України* : База даних / Верховна Рада України. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0803-10>.

243. Про організацію роботи з попередження ВІЛ/СНІД : Вказівка МВС України від 19 січ. 2003 р. № 152. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/>.

244. Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» : Закон України у редакції від 05.12.2012 року № 1972-ХІІ. *Законодавство України* : База даних / Верхов. Рада України. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1972-12>.

245. Про туберкульоз. *Центр громадського здоров'я МОЗ України* : офіц. веб-сайт. URL : <https://phc.org.ua/dlya-pacientiv/pro-tuberkuloz>.

246. Проект Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2019-2023 роки». *Законотворчість* : база даних / Мін-во охорони здоров'я України. URL : https://moz.gov.ua/uploads/1/5670-pro_20180621_1.pdf.

247. Прокопенко Н.М., Волинець В.В. До питання про соціальний захист працівників ОВС в контексті проблематики боротьби з організованою злочинністю. *Боротьба з організованою злочинністю і корупцією (теорія і практика)*. 2013. № 3(спец. вип.). С. 103-112. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/boz_2013_3%28spets.__13.

248. Пряхін Є.В., Когут Н.І. Застосування паралінгвістики під час допиту. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. серія юридична*. 2014. Вип. 1. С. 358-370. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvlduvs_2014_1_39.

249. Разумова А.Е. Деякі аспекти застосування спеціальних знань при підготовці до обшуку. *Право і Безпека*. 2005. Т. 4, № 4. С. 107-110 URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pib_2005_4_4_32

250. Ратинов А.Р. Судебная психология для следователей : учеб. пособ. Высшая школа МООП СССР, М., 1967. 290 с.

251. Регіональна специфіка боротьби з туберкульозом : робоча зустріч. *Центр громадського здоров'я МОЗ України* : офіц. веб-сайт. URL : <https://phc.org.ua/news/robocha-zustrich-regionalna-specifika-borotbi-z-tuberkulozom>

252. Ридчик В.В. Організація і тактика вербальних слідчих дій за участю захисника. *Часопис Академії адвокатури України*. 2011. № 3 (12). С. 1-7.

253. Россинский С.Б. Механизм формирования результатов «невербальных» следственных и судебных действий в уголовном производстве : монография. Проспект, 2015. URL : <https://books.google.com.ua>.

254. Рощина І.О. Наркоманія : стан і проблеми боротьби з нею (сучасна парадигма). *Вісник кримінального судочинства*. 2015. № 2. С. 175-180. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/vkc_2015_2_24.

255. Руководство для следователей : пособ. / под ред. Н. А. Селиванова, В. А. Снеткова. – М., 1998. 91 с.

256. Рыжаков А.П. Допрос : основания и порядок производства : монография. Москва : Дело и Сервис, 2014. 190 с.

257. Савельева М.В., Смушкин А.Б. Следственные действия : учеб. пособ. для бакалаврата и магистратуры. 2-е изд., перераб. и доп. Москва: Юрайт, 2016. 293 с.

258. Салтевський М.В. Криміналістика (у сучасному викладі) : підручник. Київ : Кондор, 2005. 588 с

259. Салтевський М.В. Криміналістика : підручник : у 2-х ч. Харків : Консум, 2001. Ч. 2. 528 с.

260. Сафронов С.О. Методика розслідування умисного заподіяння тяжких і середньої тяжкості тілесних ушкоджень : наук.-практ. посібник. Харків, 2003. 174 с.

261. Світлична Т.Г., Єфименко Л.В. Епідеміологічний нагляд та ефективність лікування хворих на ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз *Актуальні проблеми медицини та біології*. 2007. №1 (35). С. 182-187.

262. Семенов В.В. Тактичні особливості обшуку під час розслідування інсценуваних вбивств. *Прикарпатський юридичний вісник*. Том 2, № 3(28), 2019. DOI: [https://doi.org/10.32837/руув.v2i3\(28\).383](https://doi.org/10.32837/руув.v2i3(28).383).

263. Симчук А.С., Манубата Д.Е. Особливості та проблематика проведення допиту та пред'явлення для впізнання в режимі відео конференції. URL : <http://elar.naiu.kiev.ua/jspui/handle/123456789/4129>.

264. Синепол В.С. Системы компьютерной видеоконференцсвязи Москва : ООО «Мобильные коммуникации», 1999. 166 с.

265. Скригонюк М.І. Криміналістика : підручник К.: Атіка, 2005. 496 с.

266. Словник української мови: в 11 томах. Том 1, 1970. 141 с. URL : <http://sum.in.ua/s/bezposerednij>.

267. Смирнов М.І. Особливості надання правової допомоги у кримінальних справах з використанням методу відеоконференцзв'язку : дис. ... канд. юрид. наук : спец. 12.00.09 / Національний університет «Одеська юридична академія». Одеса, 2005. 235 с. URL : <http://hdl.handle.net/11300/2965>.

268. СНІД. Як від нього уберегтися : база даних / Національний технічний університет України «Київський політес. ін-т ім. Ігоря Сікорського». URL : <https://kpi.ua/737-1>

269. Соловьев А.Б. Допрос свидетеля и потерпевшего: практ. пособ. Москва. 1974. 128 с.

270. Соціологічні дослідження, проведені у 2004-2005 рр. за підтримки Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні в рамках реалізації програми

«Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні». URL : <http://www.aidsalliance.kiev.ua/cgi-bin/index.cgi?url=/ru/library/research>

271. Стандарт інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз : Наказ М-ва охорони здоров'я України від 01 лютого 2019 року № 287. *Законодавство України*. : База даних Верхов. Рада України. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0408-19>

272. Стародубцев С.О. Флорін О.П. Особливості безпеки особового складу підрозділів Національної гвардії України при перевезенні спеціального контингенту хворих на туберкульоз. *Збірник наукових праць Харківського національного університету Повітряних Сил*. 2014. № 4(41). С. 133-136.

273. Статистика ВІЛ і ТБ в Україні: березень 2020 року. *Центр громадського здоров'я МОЗ України* : офіц. веб-сайт. URL : <https://phc.org.ua/news/statistika-vil-i-tb-v-ukraini-berezen-2020-roku>.

274. Статистичні дані. *Державний заклад "Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України"* : офіц. веб-сайт. URL : <http://medstat.gov.ua/ukr/statdan.html>.

275. Стахівський С.М. Слідчі дії як основні засоби збирання доказів : наук.-практ. посібн. К. : Атіка, 2009. 64 с.

276. Степанюк Р.Л., Лапта С.П. Удосконалення організації й тактики огляду місця події в Україні з урахуванням досвіду США. *Вісник Луганського університету внутрішніх справ ім. Є.О. Дідоренко*. 2016. № 2 С. 300-307.

277. Стратегія боротьби з ТБ у світі. *Центр громадського здоров'я МОЗ України* : офіц. веб-сайт. URL : <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/tuberkuloz/likuvannya>.

278. Стрільців О.М. Запобігання інфікуванню соціально небезпечними хворобами під час виконання службових обов'язків працівниками органів внутрішніх справ: метод. реком. / О.М. Стрільців, В.В. Юсупов, С.П. Домбровський, С.М. Бортнік / за заг. ред. к. ю. н., доцента М.М. Алексійчука. К., 2014. 24 с.

279. Судебные экспертизы : пособ. / В. В. Колтукин, С. М. Зосимов, Л.В. Пустовалов и др. М. : Юрлитинформ, 2000. 216 с.
280. Судова статистика. Звітність. *Судова влада України* : офіц. веб-сайт. URL: https://court.gov.ua/inshe/sudova_statystyka/.
281. Тактика одночасного допиту двох чи більше осіб. URL : http://pidru4niki.com/2015060965346/pravo/taktika_odnochasnogo_dopitu_dvoh_bilshe_vzhe_dopitanih_osib.
282. Тарасенко О.С. Відеоконференція як засіб встановлення дистанції під час проведення слідчих (розшукових) дій в рамках протидії поширення інфекційних хвороб. *Науковий вісник публічного та приватного права*. 2020. Випуск 5. С. 170-176.
283. Терещенко Ю.В. Слідчі та інші процесуальні дії : правова регламентація. *Правознавець* : Електронна бібліотека юридичної літератури. URL : <http://www.pravoznavec.com.ua/period/article/6733/%D2>
284. Тертишник В.М. Гарантії істини та захисту прав і свобод людини в кримінальному процесі : монографія. Дніпропетровськ : Юридична академія МВС України, Арт-Прес, 2002. 432 с.
285. Тіщенко С.О. Особливості організації і тактики проведення огляду місця події. *Науковий вісник дніпропетровського державного університету внутрішніх справ*, 2014. № 4, С. 409-413. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvdduvs_2014_4_55
286. Торбин Ю.Г. Освидетельствование в Российском уголовном процессе (уголовно-процессуальный и криминалистический аспекты) : прак. пособ. М.: Экзамен, 2005. 192 с.
287. Торбин Ю.Г. Понятие освидетельствования и тактика его производства. *Вестник криминалистики*. 2005. № 1. (13). С. 56 – 60.
288. Торбин Ю.Г. Тактика проведения освидетельствования : метод. рекомендации. М., 2001, 28 с.
289. Торбин Ю.Г. Уголовно-процессуальные и криминалистические проблемы освидетельствования. *Черные дыры в Российском*

Законодавство. 2003. № 2. URL :
<http://www.kpress.ru/bh/2003/2/torbin2/torbin2.asp>.

290. Трегубов Н.С. Основы уголовной техники. Научно-технические приемы расследования пре ступлений : практ. руководство для судебных деятелей. Петроград : Право, 1915.

291. Туберкульоз – захворіти може кожен (лікбез). *Дніпровська районна в м. Києві держ. адміністрація* : офіц. інтернет-портал. URL :
<https://dnipr.kyivcity.gov.ua/news/8009.html>.

292. Туберкульоз. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. *ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України». Державний експертний центр МОЗ України.* 2014. Київ. 363 с.
URL : https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2014_620_akn_tb.pdf.

293. Туберкульоз : метод. матер. для викладачів предмету ОБЖ загальноосвіт. шкіл. *Навчально-методичний центр цивільного захисту та безпеки життєдіяльності Полтавської області.* URL :
<http://www.suhodilske-school.edukit.kr.ua/Files/downloads/Туберкульоз.doc>.

294. Туберкульоз на Волині : у яких районах хворіють найбільше. URL :
<http://www.volynpost.com/news/161491-tuberkuloz-na-volyni-u-iakyh-rajonah-hvoriyut-najbilshe>.

295. Туберкульоз : симптоми, профілактика, рекомендації для лікарів. *МОЗ України.* URL : http://old.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20170322_c.html.

296. Удалова Л. Д. Теорія та практика отримання вербальної інформації у кримінальному процесі України : монографія К.: Паливода А. В., 2005. 321 с.

297. Удалова Л.Д., Рожнова В.В., Савицький Д.О., Хабло О.Ю. Кримінальний процес України у питаннях і відповідях : навч.посіб., 3тє видання, переробл. і доповн. Київ. 2002. 275 с.

298. Удовенко Ж.В. Дотримання прав і свобод людини при використанні спеціальних знань під час проведення освідування. *Криміналістика и*

судебная экспертиза. 2015. Вып. 60. С.232-241. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/krise_2015_60_28.

299. Узагальнення ВССУ судової практики щодо розгляду слідчим суддею клопотань про надання дозволу на проведення обшуку житла чи іншого володіння особи від 17 жовтня 2014 р. *Судова практика.* URL : http://sc.gov.ua/ua/uzagalnennja_sudovoji_praktiki.html.

300. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги ко-інфекція (туберкульоз/ВІЛ-інфекція/СНІД) : Наказ Міністерства охорони здоров'я від 31.12.2014 № 1039. *Законодавство України* : База даних / Верхов. Рада України. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1039282-14#Text>.

301. Фещенко Ю.І., Мельник В.М., Матусевич В.Г. Ситуація з туберкульозу в Україні в період реформування охорони здоров'я : база даних / Національна академія медичних наук України. URL : <http://amnu.gov.ua/sytuacziya-z-tuberkulozu-v-ukrayini-v-period-reformuvannya-ohorony-zdorov-ya/>.

302. Фещенко Ю.І., Мельник В.М., Матусевич В.Г., Антоненко Л.Ф. Епідеміологія туберкульозу у світі, сучасні підходи до організації протитуберкульозних заходів. *Український пульмонологічний журнал.* 2003, № 4, С. 5-10. URL : <http://www.ifp.kiev.ua/doc/journals/upj/03/pdf03-4/5.pdf>

303. Фещенко Ю.І., Мельник В.М., Матусевич В.Г., Новожилова І.О. Успіхи і проблеми туберкульозу в світі та Україні : база даних / ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України». URL : <http://www.ifp.kiev.ua/ftp1/original/2018/melnyk2018.pdf>

304. Харченко С.В. Тактика проведення освідування неповнолітніх осіб. *Національний вісник Херсонського національного університету.* 2014. URL : http://www.lj.kherson.ua/2014/pravo03/part_3/44.pdf

305. Христов О.Л., Панасенко А.О. Організаційно-правові аспекти залучення понятих при проведенні слідчих (розшукових) дій. *Оперативно-розшукова діяльність національної поліції: проблеми теорії та практики* : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. (Дніпро, 18 листоп. 2016 р.) : у 2-х ч. Дніпро: Дніпроп. держ. ун-т. внутр. справ, 2016. Ч. 1. С. 192-195.

306. Цимбалюк В.І. Правові та медичні особливості огляду трупу. *Право і суспільство*. 2015. № 1. С. 255-261.

307. Чаплинська Ю.А. Криміналістичне забезпечення проведення слідчого огляду (організаційний аспект). *Право і суспільство*. 2015. № 1. С. 262-267.

308. Чаплинська Ю.А. Проблемні питання організації проведення одночасного допиту двох раніше допитаних осіб. *Право і суспільство*. 2014. № 2. С. 222-227. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pis_2014_2_40

309. Чаплинський К.О. Актуальні проблеми тактичного забезпечення досудового розслідування. Лекція з дисципліни «Актуальні проблеми криміналістики та судової експертизи». URL : <https://dduvs.in.ua/wp-content/uploads/files/Structure/library/student/2019/kksmp/2.doc>

310. Чаплинський К.О. Організація і тактичні прийоми проведення одночасних обшуків. *Науковий вісник Юридичної академії Міністерства внутрішніх справ: Збірник наукових праць*. 2004. № 3 (17). С. 338-344.

311. Чаплинський К.О. Освідування як об'єкт криміналістичного дослідження. *Науковий вісник Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ*. 2013. № 2. С. 449-453. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvdduvs_2013_2_63.

312. Чаплинський К.О. Підготовка до очної ставки як необхідна умова якісного проведення слідчої дії. *Форум права*. 2011. № 2. С. 947-952. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/FP_index.

313. Чаплинський К.О. Тактика проведення окремих слідчих дій : монографія. Дніпропетровськ : Дніпроп. держ. ун-т внутр. справ, 2006. 308 с.

314. Чаплинський К.О. Тактика проведення окремих слідчих дій : монографія Дніпропетровськ : Юрид. академія. Міністерство внутр. справ; 2006. 416 с. URL : <https://dduvs.in.ua/wp-content/uploads/files/Structure/library/student/m2tosd.pdf>

315. Чаплинський К.О. Тактичне забезпечення проведення освідування. *Вісник Академії митної служби України. Сер. : Право.* 2011. № 1. С. 166-169. URL : [http://nbuv.gov.ua/UJRN/vamsup_2011_1\(6\)__26](http://nbuv.gov.ua/UJRN/vamsup_2011_1(6)__26)

316. Чаплинський К.О. Тактичне забезпечення проведення слідчих дій : монографія. Дніпропетровськ: Дніпроп. держ. ун-т внутр. справ; Ліра ЛТД, 2010. 560 с.

317. Чаплинський К.О. Тактичні основи забезпечення досудового розслідування : дис. ... докт. юрид. наук / МВС, Дніпроп. Держ. ун-тет внутр. справ. Дніпропетровськ, 2011. 570 с.

318. Чаплинський К.О. Тактичні прийоми допиту підозрюваного (обвинуваченого). *Науковий вісник Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ: Збірник наукових праць.* 2008. № 4 (40). С. 266-276.

319. Час обирати здоров'я. Про ВІЛ/СНІД *Центр громадського здоров'я МОЗ України* : офіц. веб-сайт. URL : <http://phc.org.ua/dlya-pacientiv/pro-vilsnid>

320. Чегренець Н.В., Маланчук П.М. Криміналістична характеристика неправдивих показань та способи їх викриття. *Правові горизонти / Legalhorizons*, 2017. вип. 6 (19). С. 44-48.

321. Черенько С.О., Щербакова Л.В. Проблеми ко-інфекції туберкульоз / ВІЛ в Україні. *Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція.* 2010. № 1. С. 18–23.

322. Черняк Н., Гаркуша А. Процесуальні особливості проведення допиту та пред'явлення для впізнання в режимі відеоконференції за законодавством України. *Національний юридический журнал: теорія и практика.* 2016. С. 199-203. URL : <http://www.jurnaluljuridic.in.ua/archive/2016/5/45.pdf>

323. Чижов М.В. Применение информационных и коммуникационных технологий в судебной деятельности в условиях формирования информационного общества : автореф. дис. ... канд.юрид. наук : 12.00.11 / Рос. акад. правосудия. Москва, 2013. 22 с.

324. Черноус Ю.М. Тактика слідчих (розшукових) дій згідно з науковими поглядами М.В. Салтевського. *З нагоди 100-річчя від дня народження професора М.В. Салтевського* : зб. матеріалів круглого столу (м. Харків, 30 жовт. 2017 р). / Нац. юрид. ун-т ім. Ярослава Мудрого; НДІ вивч. проблем злочинності ім. акад. В. В. Сташиса НАПрН України. Харків, 2017. С. 22–24.

325. Шальмін О.С., Разнатовська О.М., Ясінський Р.М. Порівняльний аналіз випадків смерті від ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу в залежності від типу специфічного процесу. *Укр. журн. клініч. та лаб. медицини*. 2013. Т. 8, № 1. С. 138-142. URL : <http://dspace.zsmu.edu.ua/handle/123456789/5334>

326. Шапиро Л.Г. Использование специальных познаний при расследовании преступных уклонений от уплаты налогов : автореф. дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.09 / Саратов, 1999. 26 с.

327. Шевчук В. Засоби криміналістичної тактики: поняття та система. *Актуальні проблеми правознавства*. 2020. Вип. 2. С. 166-180. URL: <http://dspace.wunu.edu.ua/handle/316497/38845>

328. Шейфер С.А. Следственные действия. Основания, процессуальный порядок и доказательственное значение. Самара : Изд-во Самарского ун-та, 2004. 228 с.

329. Шепітько В.Ю. Допит : наук.-практ. посіб. Харків : КримАрт, 1998. 33 с.

330. Шепітько В.Ю. Криміналістична тактика (системно-структурний аналіз) : монографія. Харків : Харків юридичний, 2007. 432 с.

331. Шепітько В.Ю. Тактика огляду місця події : конспект лекцій. Харків : УкрЮА, 1994. 20 с.

332. Шикоряк М.М. Тактика огляду місця події при розслідуванні корисливих насильницьких злочинів, вчинених іноземцями. *Міжнародний юридичний вісник: збірник наукових праць Національного університету державної податкової служби України*. Вип. 1 (3) 2016. С. 147-153.

333. Шило О.Г. Загальна характеристика показань як процесуального джерела доказів у кримінальному провадженні. *Вісник кримінального судочинства* № 1/2015. С. 151-156. URL : https://vkslaw.knu.ua/images/verstka/1_2015_Shilo.pdf

334. Шингарьов Д.О. Забезпечення прав та законних інтересів осіб під час проведення допиту на стадії досудового розслідування : дис... канд. юрид. наук. 12.00.09 / Націон. юрид. у-тет ім. Ярослава Мудрого, М-во освіти і науки України. Харків, 2017.

335. Шингарьов Д.О. Окремі питання забезпечення прав та законних інтересів осіб при проведенні допиту у режимі відеоконференції під час досудового розслідування. *Проблеми законності*. 2016. Вип. 135. С. 212-224. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pz_2016_135_24

336. Школьний В.Б. Тактика викриття організатора злочинного угруповання : дис... канд. юрид. наук. 12.00.09 / Київський нац. у-тет внутрішніх справ. Київ, 2009. 18 с.

337. Шульга Л.В. Криміналістика : учеб. пособие. Москва : Московский гос. ун-тет экономики, статистики и информатики, 2003. 212 с.

338. Шумейко Д.О. Розслідування прийняття пропозиції, обіцянки або одержання неправомірної вигоди службовою особою : дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.09 / МВС України, Дніпр. держ. університет внутрішніх справ. Дніпропетровськ, 2015. 263 с.

339. Щербакова Г. Огляд місця події під час розслідування грабежів та розбоїв. *Науковий часопис Національної академії прокуратури України*. 2016. № 3. С. 262–269.

340. Щербаковский М.Г. Криминалистика : пособие по подготовке к гос. (выпускному) комплексному экзамену. Харьков : Прометей-Прес, 2004. 284 с.

341. Щербаковский М.Г., Кравченко А.А. Применение специальных знаний при раскрытии и расследовании преступлений. Харьков : Ун-т внутр. дел, 1999. 78 с.

342. Экман П. Психология лжи [Telling Lies: Clues to Deceit in the Marketplace, Politics, and Marriage] / пер. с англ. Н. Исуповой, Н. Мальгиной, Н. Миронова, О. Тереховой. СПб.: Питер, 1999 (2000, 2003, 2008, 2009, 2010). 270 с.

343. Юридична енциклопедія / Редкол. : Ю. С. Шемшученко (голова редкол.) та ін. В 6 т. К. : «Укр. енцикл.», 1998. URL: <https://leksika.com.ua/legal/>.

344. Яблоков Н.П. Криминалистика в вопросах и ответах : учебн. пособ. М. : Юристъ, 2000. 224 с.

345. Якимов Н.І. Криміналістика : посібн. з криміналістичної техніки і тактики. М., 1925. 194 с.

346. Яремчук В.О. Правова регламентація участі спеціаліста при проведенні слідчих (розшукових) дій. *Теорія та практика судової експертизи і криміналістики*. 2014. Вип. 14. С. 112-120. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Trsek_2014_14_19.

ДОДАТКИ**Додаток А****СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ ТА
ВІДОМОСТІ ПРО АПРОБАЦІЮ МАТЕРІАЛІВ РЕЗУЛЬТАТІВ
ДИСЕРТАЦІЇ**

Наукові праці, у яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Почтова Є.С. Особливості підготовки до проведення одночасного допиту в режимі відеоконференції з учасником, інфікованим туберкульозом дихальних шляхів. Науковий вісник публічного та приватного права. Вип.4. – Т. 2., Київ, 2018. С. 170-174.

2. Почтова Є.С. Наявність в учасника заразного туберкульозу як підстава проведення одночасного допиту в режимі відеоконференції: процесуальний аспект. Актуальні проблеми вітчизняної юриспруденції. Вип. 5, 2018. Дніпро, 2018. С. 118-121.

3. Почтова Є. С. До питання проведення освідування, з урахуванням ризику інфікування слідчого на ВІЛ/СНІД або туберкульоз дихальних шляхів. Вісник Південного регіонального центру Національної академії правових наук України. №17, 2018. Одеса, 2018. С. 211-216.

4. Почтова Є.С. Організаційно-тактичні заходи підготовки до проведення освідування в умовах ризику інфікування ВІЛ/СНІДом та/або туберкульозом. Науковий вісник Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ. №3 (96), 2018. Дніпро, 2018. С. 150-155.

5. Почтова Є.С. Деякі способи інфікування працівників поліції ВІЛ/СНІДом та туберкульозом під час виконання службових обов'язків. Visegrad Journal on Human Rights. №5 (volume 2) 2018. м. Братислава, Словацька Республіка. 2018. С. 66-69.

6. Почтовая Е.С. Особенности проведения осмотра места происшествия в условиях риска инфицирования туберкулезом или ВИЧ/СПИДом. *Legea si Viata*, №11/2 (323) 2018, республика Молдова. 2018. С. 109-112.

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

1. Почтова Є.С. Деякі аспекти тактики затримання слідчим осіб, хворих на туберкульоз. Актуальні питання досудового розслідування : матеріали ІІ Всеукраїнської наук.-практ. конф. (м. Кривий Ріг, 21 жовтня 2016 р.). Кривий Ріг: Поліграфічна компанія «Геліос-Принт», 2017. С. 144–146. (Очна участь).

2. Почтова Є.С. Перспективи наукового обґрунтування тактики проведення слідчих (розшукових) дій за участю осіб, інфікованих ВІЛ/СНІДом та туберкульозом. Юридична наука: сучасний стан, перспективи, інновації : матеріали всеукраїнської наук.-практ. конф. (м. Кривий Ріг, 7 грудня 2016 р.). Кривий Ріг: КФ ДДУВС, 2016. С. 101–103. (Очна участь).

3. Почтова Є.С. Вплив поінформованості слідчого про захворювання учасника досудового розслідування туберкульозом на організацію та проведення слідчих (розшукових) дій. Актуальні питання протидії злочинності в сучасних умовах: вітчизняний та зарубіжний досвід : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Дніпро, 17 березня 2017 р.). Дніпро: Дніпроп. держ. ун-т внутр. справ; Ліра ЛТД, 2017, Ч-2. С. 114–116. (Очна участь).

4. Почтова Є.С. Організаційно-тактичні особливості проведення допиту осіб, хворих на туберкульоз. Актуальні проблеми розслідування кримінальних правопорушень у сфері громадської безпеки та громадського порядку у досудовому розслідуванні : матеріали наук.-практ. семінару (м. Дніпро, 30 травня, 2017 р.) Дніпро: Дніпроп. держ. ун-т внутр. Справ.-2017. С. 119–121. (Очна участь).

5. Почтова Є.С. Щодо деяких проблемних питань захисту працівників поліції від захворювання на ВІЛ/СНІД. Сучасні тенденції розвитку криміналістики та кримінального процесу : міжнар. наук.-практ. конф. до 100-річчя від дня народження проф. М.В. Салтевського (м. Харків, 8 листоп. 2017 р.). МВС України, Харків нац. ун-т внутр. справ – Харків, 2017. С. 167–168. (Заочна участь).

6. Почтова Є.С. Щодо вирішення питання доцільності проведення одночасного допиту за наявності в одного з учасників ВІЛ/СНІДу або заразної форми туберкульозу. Актуальні питання досудового розслідування та тенденції розвитку криміналістичної методики : всеукр. наук.-практ. конф. (м. Харків, 21 листоп. 2018 р.). МВС України, Харків нац. ун-т внутр. справ – Харків, 2018. С. 161–162. (Заочна участь).

7. Почтова Є.С. Щодо ризиків інфікування слідчого ВІЛ-інфекцією або туберкульозом дихальних шляхів під час проведення освідування. Актуальні проблеми кримінально-правового, кримінально-процесуального та криміналістичного забезпечення безпеки України : матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (м. Дніпро, 30 листопада 2018 р.). – Дніпро : Видавець Біла К. О., 2018. – 244 с. С.164-166. (Очна участь).

8. Почтова Є.С. Ризики інфікування слідчого ВІЛ/СНІДом або туберкульозом під час проведення обшуку у справах про злочини проти громадської безпеки. Кримінально-правові та кримінологічні засоби протидії злочинам проти громадської безпеки та публічного порядку : зб. тез доп. міжнар. наук.-практ. конф. До 25-річчя ХНУВС (м. Харків, 18 квітня 2019 р.). МВС України, Харків нац. ун-т внутр. справ; Кримінолог. асоц. України – Харків: ХНУВС, 2019. С. 176–177. (Заочна участь).

9. Почтова Є.С. Щодо допомоги спеціаліста під час огляду місця події з виявлення слідів біологічного походження в умовах ризику інфікування ВІЛ, туберкульозом або іншими інфекційними захворюваннями. Актуальні проблеми експертного забезпечення досудового розслідування : матеріали

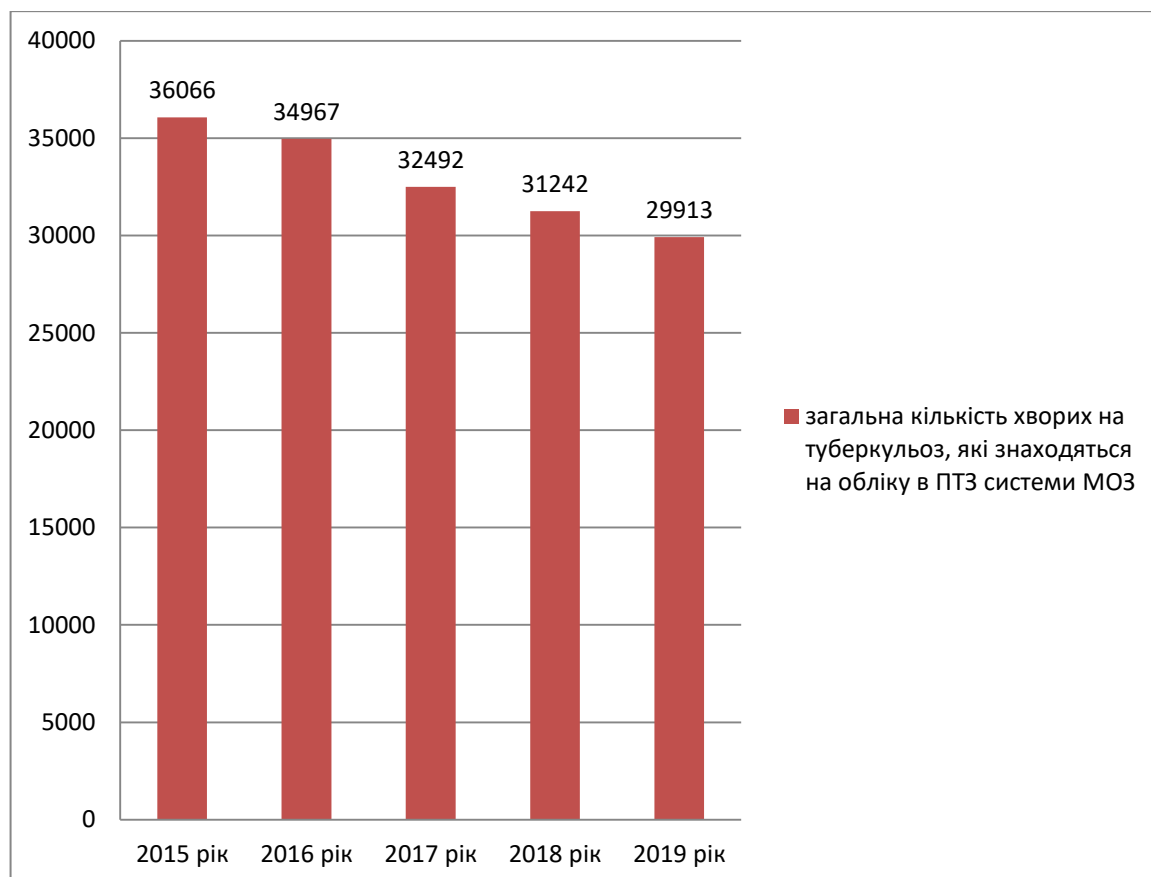
наук.-практ. семінару: (Дніпро, 29 травня 2020 р.). Дніпро: Дніпроп. держ. ун-т внутр. справ, 2019. 372 с. С.295-298. (Очна участь).

Наукові праці, які додатково відображають наукові результати дисертації:

1. Почтова Є.С. Принципи та умови створення спеціального приміщення для роботи з інфекційними хворими, зокрема з хворими на активний туберкульоз органів дихання у територіальних підрозділах Національної поліції України. Свідectво про реєстрацію авторського права на твір № 98305 видане Міністерством розвитку економіки, торгівлі та сільського господарства України 24.06.2020 року.

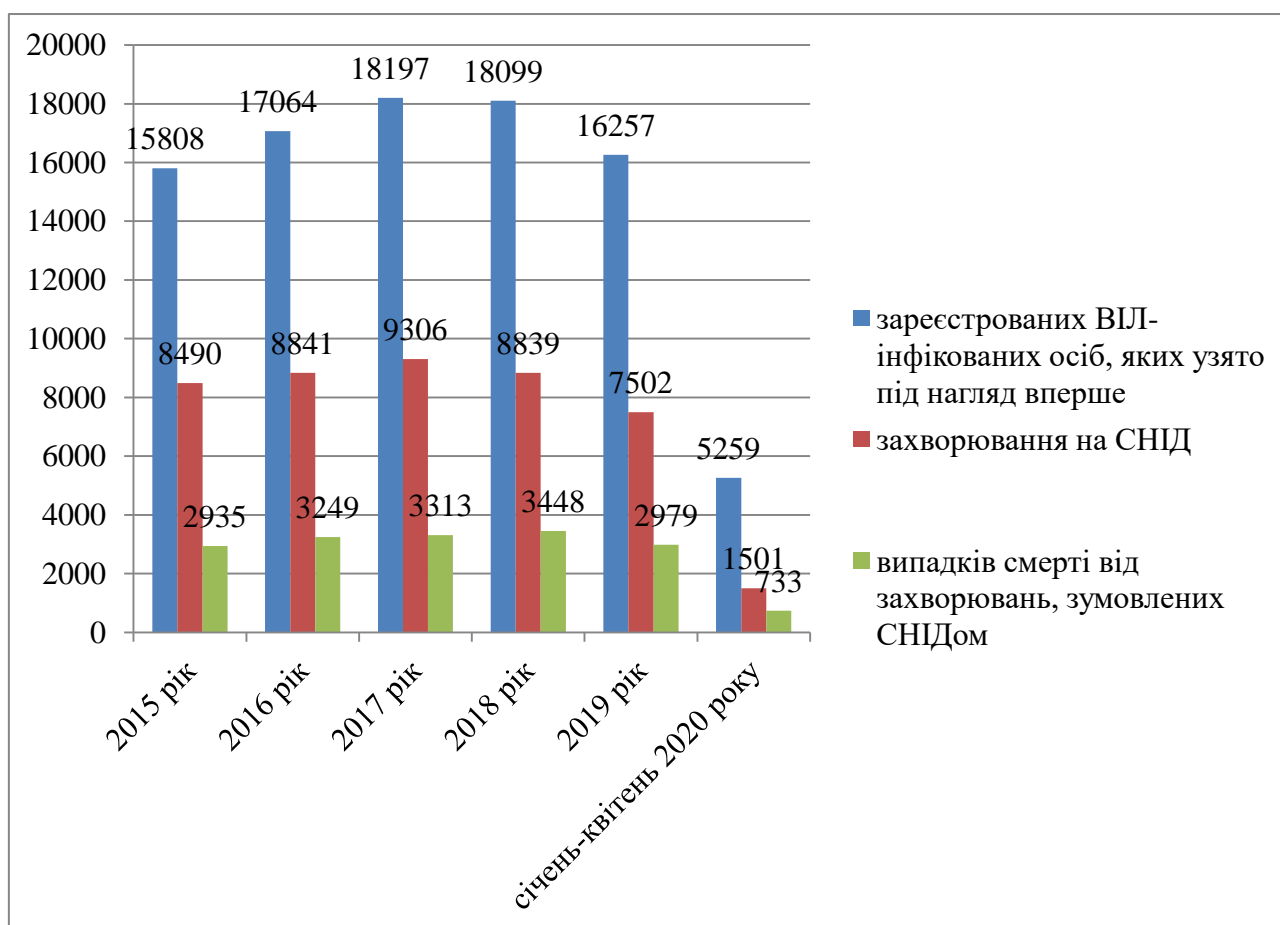
**Загальна кількість хворих на туберкульоз, що знаходяться на обліку в
ПТЗ МОЗ України за 2015 - 2019 рр.**

(відповідно до статистичних даних Державного закладу "Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України»)



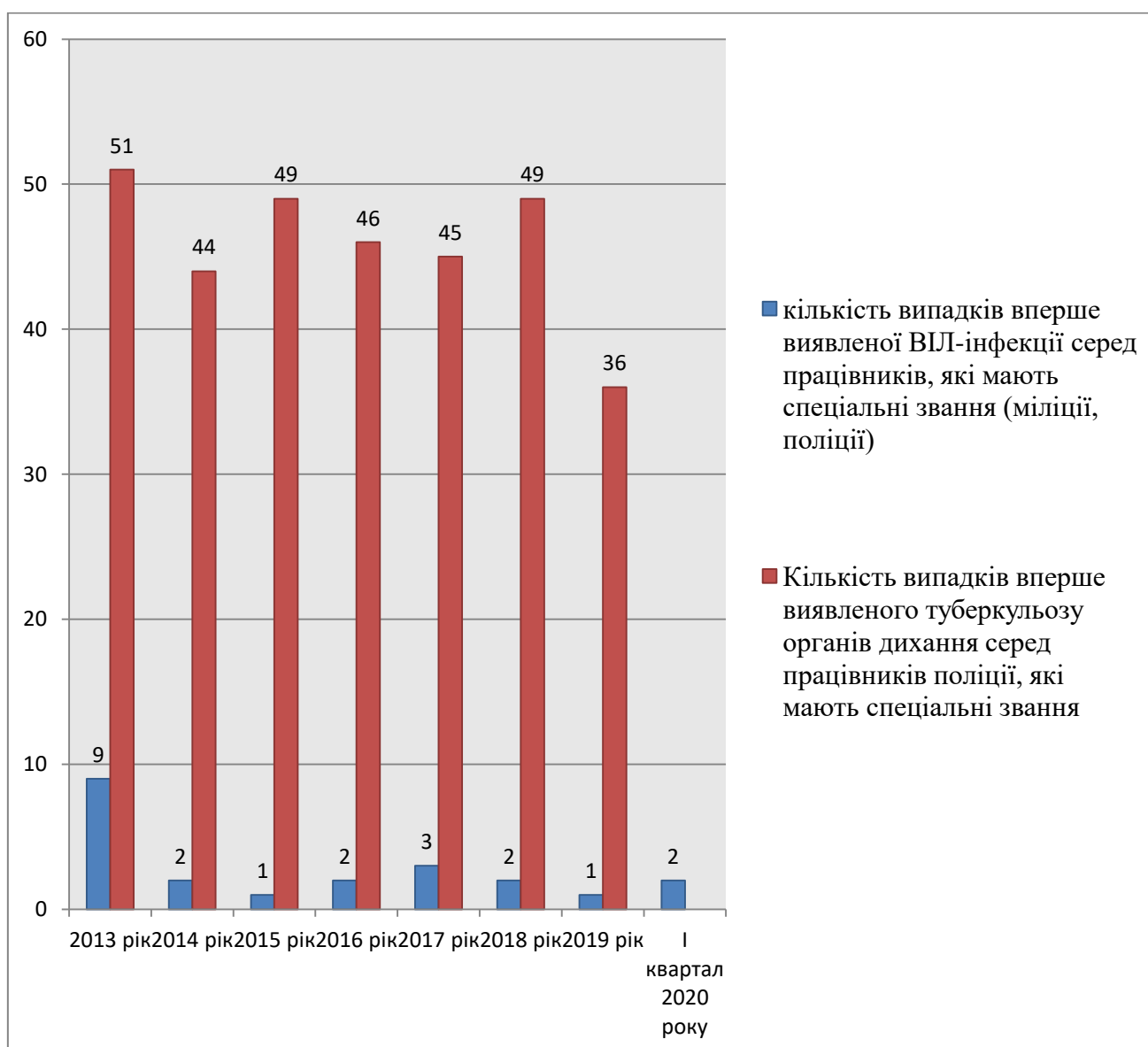
**Кількість офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції, СНІДу та
кількість смертей, зумовлених СНІДом в Україні
за 2015 - квітень 2020 рр.**

(відповідно до статистичних даних Державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»)



**Кількість вперше виявленої ВІЛ-інфекції та туберкульозу
органів дихання серед працівників, які мають спеціальні звання
(міліції, поліції) та відповідно до законодавства мають право на медичне
обслуговування в закладах охорони здоров'я МВС
за 2013 - березень 2020 рр.**

(за даними Управління охорони здоров'я та реабілітації МВС України)



* Опубліковані лише ті особи, які звернулись за медичною допомогою до закладів охорони здоров'я МВС України

Види гласних слідчих (розшукових) дій за критерієм наявності ймовірного ризику інфікування туберкульозом та ВІЛ-інфекцією

| № з/п | Слідча (розшукова) дія | Ризик інфікування туберкульозом | Ризик інфікування ВІЛ-інфекцією |
|-------|--|--|--|
| 1. | Допит | Високий ризик (повітряно-крапельний спосіб інфікування) | Низький ризик |
| 2. | Одночасний допит | Високий ризик (повітряно-крапельний спосіб інфікування) | Низький ризик |
| 3. | Пред'явлення для впізнання | Середній ризик (повітряно-крапельний спосіб інфікування) | Низький ризик |
| 4. | Обшук | Високий ризик (повітряно-крапельний, повітряно-пиловий та контактний спосіб інфікування) | Високий ризик (парентаральний спосіб інфікування) |
| 5. | Огляд | Високий ризик (повітряно-крапельний, повітряно-пиловий та контактний спосіб інфікування) | Високий ризик (парентаральний спосіб інфікування) |
| 6. | Освідування | Високий ризик (повітряно-крапельний, повітряно-пиловий та контактний спосіб інфікування) | Високий ризик (парентаральний спосіб інфікування) |
| 7. | Залучення експерта для проведення експертизи | Низький ризик | Низький ризик |
| 8. | Слідчий експеримент | Середній ризик (повітряно-крапельний спосіб інфікування) | Низький ризик |
| 9. | Отримання зразків для проведення експертизи | Середній ризик (повітряно-крапельний спосіб інфікування) | Середній ризик (парентаральний спосіб інфікування) |

**Результати анкетування працівників Національної поліції України
у Дніпропетровській, Запорізькій, Кіровоградській та Харківській
області щодо поінформованості відносно туберкульозу та/або ВІЛ/СНІДу
(загальна кількість працівників – 837), у %**

| № з/п | Запитання та варіанти відповіді | % |
|----------|--|--------------------------------------|
| 1. | Ваш вік? А) від 20 до 25 років; Б) від 26 до 30 років; В) від 31 до 35 років; Г) від 36 років. | 41% 35% 16% 8% |
| 2. | Який Ваш стаж роботи у Національній поліції? А) до 1 року; Б) від 1 до 3 років; В) від 3 до 5 років; Г) від 5 до 10 років; Д) більше 10 років | 18 % 42 % 33 % 16 % 11 % |
| 3. | Чи відомі вам способи передачі ВІЛ-інфекції та туберкульозу? А) так; Б) ні. | 81% 19% |
| 4. | Чи дотримуєтесь Ви заходів безпеки, під час виконання службових обов'язків, з урахуванням можливих способів інфікування на ВІЛ/СНІД та туберкульоз? А) так; Б) ні. | 67% 33% |
| 5. | Які Вам відомі способи інфікування на туберкульоз (оберіть усі | |

| | | |
|-----------|--|------|
| | правильні, на Ваш погляд, варіанти відповіді) | |
| | А) повітряно-крапельний шлях; | 100% |
| | Б) повітряно-пиловий шлях; | 65% |
| | В) аліментарний шлях; | 27% |
| | Г) контактний шлях; | 43% |
| | Д) внутрішньоутробне зараження. | 98% |
| 6. | Які Вам відомі способи інфікування на ВІЛ-інфекцію (оберіть усі правильні, на Ваш погляд, варіанти відповіді) | |
| | А) від матері до дитини: під час вагітності, під час пологів, при грудному вигодовуванні; | 100% |
| | Б) через кров: наприклад під час трансплантації органів і тканин (пересадка, підсадка, переливання, інфузії, ін'єкції, поранення); | 100% |
| | В) під час поцілунків; | 35% |
| | Г) через укуси комах (комарів, кліщів); | 8% |
| | Д) при тісному контакті (потискання рук, обійми) та при користуванні спільними речами: посудом, книжками, верхнім одягом, меблевим гарнітуром, поручнями тощо; | 29% |
| | Е) під час спільного користування лазнею чи сауною; | 14% |
| | Є) статевий шлях: анальний, вагінальний, оральний. | 100% |
| 7. | Чи маєте Ви шкідливі звички у формі паління та вживання алкоголю? | |
| | А) так, я палю та вживаю алкогольні напої; | 81% |
| | Б) лише палю; | 0% |
| | В) лише вживаю алкогольні напої; | 16% |
| | Г) ні, я не палю та не вживаю алкогольні напої. | 3% |
| 8. | Як часто Ви палите? | |
| | А) щодня; | 81% |
| | Б) 2-3 рази на тиждень; | 0% |
| | В) близько 1 разу на місяць; | 0% |
| | Г) взагалі не палю. | 19% |

| | | |
|-----------|---|------------------------|
| 9. | 9. Як часто Ви вживаєте алкогольні (слабоалкогольні) напої? А) щодня; Б) 2-3 рази на тиждень; В) близько 1 разу на місяць; Г) взагалі не вживаю алкогольні напої . | 6% 77% 14% 3% |
|-----------|---|------------------------|

**Результати анкетування працівників слідчих підрозділів
Національної поліції України у Дніпропетровській, Запорізькій,
Кіровоградській та Харківській області щодо організаційно-тактичних
особливостей проведення слідчих (розшукових) дій в умовах ризику
інфікування туберкульозом
(загальна кількість працівників – 421), у %**

| № з/п | Запитання та варіанти відповіді | % |
|----------|--|-------------------------------|
| 1. | Який Ваш стаж роботи у слідчих підрозділах? А) до 3 років; Б) від 3 до 5 років; В) від 5 до 10 років; Г) понад 10 років . | 41 % 19 % 28 % 12 % |
| 2. | Звідки та яким чином Ви найчастіше отримуєте інформацію про наявність у допитуваної Вами особи заразного туберкульозу? А) шляхом особистого повідомлення особою свого діагнозу в ході безпосереднього спілкування з нею; Б) в ході допиту/спілкування з їх знайомими та/або родичами; В) з довідок медичних установ, після направлення відповідного запиту; Г) з медичної документації, що була вилучена на підставі ухвали слідчого судді; Г) самостійно визначаю за зовнішністю особи. | 51% 24% 21% 0% 4% |
| 3. | Де Ви проводите допити осіб, що хворі на відкриту форму туберкульозу? | |

| | | |
|---|---|--|
| | <p>А) у своєму робочому кабінеті;</p> <p>Б) у спеціально обладнаному приміщенні органу національної поліції;</p> <p>В) у тубдиспансері</p> <p>Г) власний варіант (на свіжому повітрі)</p> | <p>99%</p> <p>0%</p> <p>0%</p> <p>1%</p> |
| 4. | Чи створює для вас труднощі під час допиту наявність туберкульозу у допитуваної особи? | |
| | А) так, мені важче сконцентруватися на деталях справи, оскільки я починаю хвилюватися за своє здоров'я; | 88% |
| | Б) ні, наявність вказаної хвороби у допитуваного не заважає мені сконцентруватися на справі; | 7% |
| | В) залежно від поведінки допитуваного. | 5% |
| | 4 а. Якщо «так», то які саме відчуття у Вас виникають? | |
| | А) я відчуваю тривогу; | 45% |
| | Б) я відчуваю страх; | 28% |
| | В) я знаходжусь у стані стресу. | 15% |
| 5. | Чи змінюєте Ви тактику допиту особи, за наявності у неї відкритої форми туберкульозу? | |
| | А) так; | 94% |
| | Б) ні. | 6% |
| | 5 а. Якщо так, то яким чином? (оберіть декілька варіантів) | |
| | А) намагаюсь максимально скоротити час проведення допиту; | 93% |
| | Б) зменшую кількість тактичних прийомів допиту; | 87% |
| В) роблю перерви у допиті для провітрювання кабінету; | 67% | |
| Г) свій варіант. | 0% | |
| | 5 б. У випадку зменшення кількості тактичних прийомів, зазначте, застосування яких саме тактичних прийомів Ви зазвичай скорочуєте. (оберіть декілька | |

| | | |
|-----------|---|-----|
| | варіантів) | |
| | А) встановлення психологічного контакту; | 6% |
| | Б) викладення показань у формі вільної розповіді; | 68% |
| | В) постановку запитань; | 13% |
| | Г) створення уявлення про інформованість слідчого; | 71% |
| | Ґ) пред'явлення доказів; | 88% |
| | Д) актуалізація забутого в пам'яті допитуваного; | 52% |
| | Е) застосування звуко- та відеозаписувальних технічних засобів; | 98% |
| | Є) роз'яснення допитуваному важливості його показань для встановлення істини у справі. | 19% |
| | Ж) спостереження за поведінкою допитуваного | 67% |
| 6. | За необхідності проведення допиту особи, хворої на туберкульоз, чи здійснюєте Ви які-небудь організаційні заходи (заходи інфекційного контролю) на підготовчому, робочому, заключному етапі проведення допиту, з метою мінімізації ризику зараження туберкульозом? | |
| | А) так; | 94% |
| | Б) ні, вважаю, що я і так достатньо захищений | 6% |
| | б а. Якщо так, то які саме? (оберіть декілька варіантів) | |
| | А) здійснюю повноцінний прийом їжі перед проведенням допиту; | 29% |
| | Б) розміщую місце допиту особи подалі від себе (в іншій частині кабінету); | 34% |
| | В) особисто використовую медичну пов'язку (маску); | 21% |
| | Г) особисто використовую медичну пов'язку (маску) та надаю її допитуваному; | 21% |
| | Ґ) відкриваю вікна та двері у приміщенні за для створення протягу; | 17% |
| | Д) готую для допитуваного окремі канцелярські засоби; | 99% |

| | | |
|-----------|--|--------------------------|
| | Е) здійснюю вологе прибирання із застосуванням антисептичних засобів після закінчення допиту ; | 34% |
| | Є) свій варіант (після допиту випиваю чарку горілки. | 2% |
| 7. | Чи застосовуєте Ви технічні засоби фіксації під час проведення допиту (одночасного допиту)? А) так, завжди; Б) рідко; В) здебільшого ні; Г) Майже ніколи не застосовую. | 0% 1% 1% 98% |
| 8. | Чи проводили Ви слідчі (розшукові) дії у режимі відеоконференції? А) так; Б) ні. | 2% 98% |
| | 8 а. Якщо ні, то з яких причин? (оберіть, за необхідності, декілька варіантів) А) відсутність спеціального обладнання та програмного забезпечення; Б) відсутність навичок у проведенні слідчих (розшукових) дій в режимі відеоконференції; В) відсутність розроблених методичних рекомендацій щодо проведення слідчих (розшукових) дій в режимі відеоконференції; Г) відсутність підстав для проведення слідчих (розшукових) дій в режимі відеоконференції. | 79% 71% 43% 52% |
| | 8 б. Якщо так, то які саме? А) допит; Б) одночасний допит; В) пред'явлення для впізнання. | 1% 0% 1% |
| 9. | Чи вважаєте Ви можливим проведення одночасного допиту, за наявності в одного з учасників заразної форми | |

| | | |
|-----|---|---|
| | <p>туберкульозу у звичайному порядку?</p> <p>А) так, у будь-якому випадку;</p> <p>Б) так, лише за дотримання заходів інфекційного контролю;</p> <p>Г) у звичайному порядку, ні.</p> <p>9 а. У разі прийняття Вами рішення про <u>неможливість</u> проведення одночасного допиту, за участі хворої на заразний туберкульоз особи за загальними правилами, Ви:</p> <p>А) взагалі відмовляєтесь від проведення вказаної слідчої дії;</p> <p>Б) приймаєте рішення про можливість проведення лише в режимі відеоконференції або у спеціально обладнаному приміщенні, де повною мірою учасники будуть ізольовані один від одного, але зможуть один-одного чути та бачити (наприклад у приміщенні, що розділене склом та має різні входи).</p> | <p>1%</p> <p>3%</p> <p>96%</p> <p>4%</p> <p>96%</p> |
| 10. | <p>У разі проведення Вами одночасного допиту за наявності в одного з учасників заразної форми туберкульозу, чи будете Ви повідомляти здорового учасника, про наявність у іншого вказаного захворювання?</p> <p>А) так;</p> <p>Б) ні.</p> | <p>98%</p> <p>2%</p> |
| 11. | <p>Чи вважаєте Ви достатньою підставою для проведення одночасного допиту у режимі відеоконференції – наявність у однієї з осіб заразної форми туберкульозу?</p> <p>А) так;</p> <p>Б) ні.</p> | <p>98%</p> <p>2%</p> |
| 12. | <p>За наявності необхідності у проведенні одночасного допиту з учасником, хворим на заразний туберкульоз та наявності відповідних технічних можливостей, чи проводили б Ви вказану слідчу (розшукову) дію у режимі</p> | |

| | | |
|------------|---|-----|
| | відеоконференції? | |
| | А) так; | 98% |
| | Б) ні. | 2% |
| 13. | Чи вважаєте Ви можливим проведення одночасного допиту, за наявності в одного з учасників ВІЛ/СНІДу? | |
| | А) так, у будь-якому випадку; | 94% |
| | Б) так, лише за дотримання заходів інфекційного контролю; | 2% |
| | В) лише в режимі відео конференції або у спеціально обладнаному приміщенні, де повною мірою учасники будуть ізольовані один від одного, але зможуть один-одного чути та бачити (наприклад у приміщенні, що розділене склом та має різні входи); | 2% |
| | Г) ні. | 2% |
| 14. | У разі проведення Вами одночасного допиту за наявності в одного з учасників ВІЛ/СНІДу, чи будете Ви повідомляти здорового учасника, про наявність у іншого вказаного захворювання? | |
| | А) так; | 2% |
| | Б) ні. | 98% |
| | 14 а. Як на Вашу думка вказана інформація вплине на емоційний стан здорового учасника одночасного допиту? | |
| | А) погіршиться; | 86% |
| | Б) вказана інформація ніяк не вплине на емоційний стан іншого учасника; | 14% |
| | В) інше. | 0% |
| 15. | Чи проводили Ви у своїй практичній діяльності таку слідчу (розшукову) дію як освідчення? | |
| | А) так; | 8% |
| | Б) ні. | 92% |
| | 15 а. Якщо так, то для з'ясування яких питань вами | |

| | | |
|-----|--|--|
| | <p>було проведено освідчення?</p> <p>А) чи є на тілі освідчуваного особливі прикмети, які саме та де;</p> <p>Б) чи є на тілі освідчуваного будь-які пошкодження та де саме;</p> <p>В) чи є на тілі освідчуваного частинки тих чи інших речовин, які він міг би забрати або принести на місце події;</p> <p>Г) чи є на тілі освідчуваної особи ознаки, що свідчать про її професійну приналежність.</p> | <p>98%</p> <p>2%</p> <p>0%</p> <p>0%</p> |
| 16. | <p>Чи проводили Ви освідчення особи хворої на ВІЛ/СНІД?</p> <p>А) так;</p> <p>Б) ні</p> | <p>1%</p> <p>99%</p> |
| 17. | <p>Чи проводили Ви освідчення особи, хворої на заразний туберкульоз?</p> <p>А) так;</p> <p>Б) ні.</p> | <p>0,5%</p> <p>99,5%</p> |
| 18. | <p>Звідки та коли Ви отримете інформацію про наявність у освідчуваного туберкульозу?</p> <p>А) особисто від освідчуваного, під час спілкування з цією особою;</p> <p>Б) безпосередньо перед проведенням освідчення від працівників інших служб національної поліції, які раніше мали контакт з вказаною особою;</p> <p>В) перед проведенням освідчення, під час спілкування (допиту) з родичами/знайомими освідчуваного;</p> <p>Г) після проведення освідчення, шляхом направлення запиту до медичної установи.</p> | <p>99%</p> <p>1%</p> <p>0%</p> <p>0%</p> |
| 19. | <p>Чи вважаєте Ви небезпечним проведення освідчення хворої на ВІЛ/СНІД особи?</p> | |

| | | |
|------------|---|------|
| | А) так; | 55% |
| | Б) ні. | 45% |
| 20. | Чи вважаєте Ви небезпечним проведення освідування хворої на заразний туберкульоз особи? | |
| | А) так; | 97% |
| | Б) ні. | 3% |
| 21. | Чи вважаєте Ви доцільним, з точки зору уникнення ризику інфікування, застосовувати засоби індивідуального захисту (медичну маску, рукавички, халат, бахіли) під час проведення огляду місця події у будь-якому разі? | |
| | А) так, вважаю це необхідним у будь-якому разі; | 78 % |
| | Б) так, вважаю це доцільним, але залежно від конкретного місця події, що оглядається; | 19% |
| | В)ні, вважаю, що огляд місця події безпечно проводити без застосування засобів індивідуального захисту. | 3% |
| | 21 а. Чи постійно ви використовуєте засоби індивідуального інфекційного захисту у своїй практичній діяльності під час проведення огляду місця події? | |
| | А) так, регулярно використовую; | 1% |
| | Б) використовую вкрай рідко; | 15% |
| | б) взагалі не використовую. | 84% |
| | 21 б. Якщо Ви вкрай рідко, або взагалі не використовуєте засоби індивідуального інфекційного захисту у своїй практичній діяльності під час проведення огляду місця події, то по якій причині? | |
| | А) через відсутність забезпечення вказаними засобами з боку держави; | 5% |
| | Б) через відсутність забезпечення та брак особистих коштів | |

| | | |
|-------------------------|--|------------|
| | на їх придбання; В) тому що вважає це недоцільним. | 91% 3% |
| 22. | Чи вважаєте Ви за необхідне запрошувати до участі у огляді місця події (у т.ч. огляді житла) понятих у разі відсутності прямої вказівки на це у законодавстві? А) так, вважаю запрошення понятих необхідним; Б) ні, вважаю це недоцільним. | 11% 89% |
| | 22 а. Якщо Ви вважаєте недоцільним запрошувати понятих до участі у огляді місця події (у т.ч. огляді житла) понятих у разі відсутності прямої вказівки на це у законодавстві, то з яких причин? | |
| | А) вважаю, що участь понятих можливо замінити шляхом проведення безперервної відео фіксації; | 0% |
| | Б) вважаю, що в деяких випадках запрошення понятих може спричинити ризик для їх життя та здоров'я; | 0% |
| | В) через складність у певному випадку відшукати бажаних бути понятими під час слідчих (розшукових) дій, особливо у ранній або пізній час доби, та у разі погіршення погодних умов; | 11% |
| Г) усе вище перелічене. | 89% | |

**Результати анкетування учасників кримінальних проваджень у
Дніпропетровській, Запорізькій, Кіровоградській та Харківській області
щодо участі у слідчих (розшукових) діях в умовах ризику інфікування
туберкульозом та ВІЛ-інфекцією
(загальна кількість респондентів – 76), у %**

| № з/п | Запитання та варіанти відповіді | % |
|----------|--|------------------------------|
| 1. | Ваш вік? А) до 20 років; Б) від 21 до 30 років; В) від 30 до 40 років; Г) понад 41 рік . | 13 % 36 % 32 % 19 % |
| 2. | Ваша стать? А) чоловік; Б) жінка; | 59% 41% |
| 3. | Ваш процесуальний статус у кримінальному провадженні? А) потерпілий Б) свідок В) підозрюваний | 57% 43% 0% |
| 4. | У разі наявності у Вас відомостей щодо наявності у іншого учасника кримінального провадження ВІЛ/СНІДу, Ви: А) відмовлюсь від участі у слідчих (розшукових) діях разом з такою особою; Б) під будь-яким приводом залишу приміщення, де перебуває така особа; | 52% 21% |

| | | |
|----|--|--|
| | <p>В) мій психоемоційний стан не дозволить мені адекватно брати участь у слідчих діях, де можлива присутність хворого на ВІЛ/СНІД;</p> <p>Г) без вагань погоджусь на проведення слідчих дій разом з такою особою;</p> <p>Г) погоджусь на проведення слідчих дій разом з такою особою, однак, буду стурбований.</p> | <p>19%</p> <p>3%</p> <p>5%</p> |
| 5. | <p>У разі наявності у Вас відомостей щодо наявності у іншого учасника кримінального провадження туберкульозу, Ви:</p> <p>А) відмовлюсь від участі у слідчих (розшукових) діях разом з такою особою;</p> <p>Б) погоджусь на проведення слідчих (розшукових) діях разом з такою особою.</p> | <p>100%</p> <p>0%</p> |
| 6. | <p>Якщо під час проведення слідчих дій Вам стане відомо про наявність у одного з учасників відкритої форми туберкульозу, Ви: (оберіть декілька варіантів)</p> <p>А) під будь-яким приводом залишу приміщення, де перебуває хвора особа;</p> <p>Б) мій психоемоційний стан не дозволить мені адекватно брати участь у слідчих діях, де можлива присутність хворого на туберкульоз;</p> <p>В) без вагань погоджусь на проведення слідчих дій разом з такою особою;</p> <p>Г) погоджусь на проведення слідчих дій разом з такою особою, однак, буду стурбований</p> | <p>100%</p> <p>99%</p> <p>0%</p> <p>0%</p> |
| 7. | <p>Якщо під час проведення слідчої дії за Вашої участі, Вам стане відомо про наявність у будь-якого іншого учасника ВІЛ/СНІДу, Ви:</p> <p>А) негайно після отримання такої інформації відмовлюсь від</p> | |

| | |
|--|-----|
| участі у слідчих (розшукових) діях разом з такою особою; | 52% |
| Б) під будь-яким приводом залишу приміщення, де перебуває така особа; | 21% |
| В) мій психоемоційний стан не дозволить мені адекватно продовжувати участь у слідчих діях, де можлива присутність хворого на ВІЛ/СНІД; | 19% |
| Г) без вагань погоджусь на продовження проведення слідчих дій разом з такою особою; | 3% |
| Г) вказана інформація жодним чином на мене не вплине. | 0% |

**Результати вивчення матеріалів кримінальних проваджень,
порушених за ст. 309 КК України, щодо проведення одночасних допитів
(загальна кількість проваджень – 100), у %**

| № з/п | Назва критерію | % |
|-------|--|------------------|
| 1. | Кваліфікація кримінального правопорушення: ч.1 ст. 309 КК України; ч.2 ст. 309 КК України; ч.3 ст. 309 КК України. | 67% 33% 0% |
| 2. | Провадження за участю захисника: захисник – адвокат; без участі захисника. | 36% 64% |
| 3. | Огляд проводився: за участі понятих; без участі понятих. | 100% 0% |
| 4. | Чи проводився одночасний допит між підозрюваним та свідком(ами): так; ні. | 96% 4% |
| 5. | Одночасний допит між підозрюваним та свідком(ами) було проведено: за наявності істотних суперечностей у показаннях; за відсутності істотних суперечностей у показаннях. | 63% 33% |

Акти впровадження результатів дослідження

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Проректор

Харківського національного
університету внутрішніх справ

доктор юридичних наук, професор

Леонід МОГЛЕВСЬКИЙ

«25» 06 2020 р.

Акт

**про впровадження у навчальний процес Харківського національного
університету внутрішніх справ результатів дисертаційного дослідження
ад'юнкта Почтової Є.С.**

«25» 06 2020 р.

м. Харків

Комісія у складі:

голова – професор кафедри кримінального процесу, криміналістики та експертології факультету № 6 Харківського національного університету внутрішніх справ, доктор юридичних наук, професор В.Д. Пчолкін;

члени комісії: завідувач кафедри криміналістики та судової експертології факультету № 1 Харківського національного університету внутрішніх справ, кандидат юридичних наук В.В. Кікінчук; доцент кафедри кримінального процесу та організації досудового слідства факультету № 1, кандидат юридичних наук, доцент С.Є. Абламський

склали цей акт про те, що результати дисертаційного дослідження Почтової Є.С. на здобуття наукового ступеню доктора філософії (кандидата юридичних наук) за спеціальністю 081 «Право» (спеціалізація 12.00.09 – кримінальний процес та криміналістика; судова експертиза; оперативно-розшукова діяльність) на тему «Організація й тактика проведення слідчих (розшукових) дій в умовах ризику інфікування ВІЛ-інфекцією або

туберкульозом» впроваджені у навчальний процес Харківського національного університету внутрішніх справ.

Висновки та рекомендації, сформульовані у дисертаційному дослідженні Почтової Є.С., використано під час викладання дисциплін «Криміналістика», «Особливості тактики проведення окремих слідчих дій», «Кримінальний процес», «Основи охорони праці та безпеки життєдіяльності».

Голова комісії

професор кафедри кримінального процесу, криміналістики та експертології факультету № 6 Харківського національного університету внутрішніх справ, доктор юридичних наук, професор



Валерій ПЧОЛКІН

Члени комісії:

завідувач кафедри криміналістики та судової експертології факультету № 1 Харківського національного університету внутрішніх справ, кандидат юридичних наук



Василь КІКІНЧУК

доцент кафедри кримінального процесу та організації досудового слідства факультету № 1, кандидат юридичних наук, доцент



Сергій АБЛАМСЬКИЙ

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Начальник Управління
моніторингу дотримання прав
людини



Акт

впровадження в органах системи МВС України матеріалів дисертаційного дослідження на здобуття наукового ступеню доктора філософії (кандидата юридичних наук) ад'юнкта Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ Почтової Євгенії Сергіївни на тему «Організація й тактика проведення слідчих (розшукових) дій в умовах ризику інфікування ВІЛ-інфекцією або туберкульозом» за спеціальністю 12.00.09 – кримінальний процес та криміналістика; судова експертиза; оперативно-розшукова діяльність

Комісія у складі: начальника відділу УМДПЛ МВС України О. Гуменюка, заступника начальника відділу УМДПЛ МВС України В. Дергая, головного спеціаліста УМДПЛ МВС України Д. Кузьменка склала цей акт про те, що матеріали дисертаційного дослідження ад'юнкта Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ Почтової Євгенії Сергіївни на здобуття наукового ступеню доктора філософії (кандидата юридичних наук) за спеціальністю 081 «Право» (спеціалізація 12.00.09 – кримінальний процес та криміналістика; судова експертиза; оперативно-розшукова діяльність) на тему «Організація й тактика проведення слідчих (розшукових) дій в умовах ризику інфікування ВІЛ-

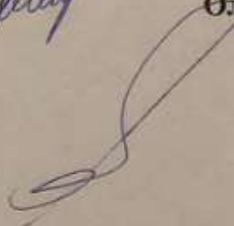
інфекцією або туберкульозом» можуть застосовуватись у практичній діяльності органів системи МВС України.

Начальник відділу
УМДПЛ МВС України



Олександр ГУМЕНЮК

Заступник начальника відділу
УМДПЛ МВС України



Віктор ДЕРГАЙ

Головний спеціаліст
УМДПЛ МВС України



Дмитро КУЗЬМЕНКО

ЗАТВЕРДЖУЮ

Перший проректор
Національної академії внутрішніх справ
доктор юридичних наук, професор



Станіслав ГУСАРЕВ

2020 р.

АКТ

про впровадження результатів дисертації Почтової Євгенії Сергіївни на тему «Організація й тактика проведення слідчих (розшукових) дій в умовах ризику інфікування ВІЛ-інфекцією або туберкульозом» в освітній процес та науково-дослідну діяльність Національної академії внутрішніх справ

Комісія у складі: начальника відділу докторантури та ад'юнктури НАВС, доктора юридичних наук, доцента Дрозда Олексія Юрійовича; провідного наукового співробітника відділу організації наукової діяльності та захисту прав інтелектуальної власності НАВС, кандидата юридичних наук Павленка Сергія Олексійовича; провідного наукового співробітника відділу організації наукової діяльності та захисту прав інтелектуальної власності НАВС, кандидата юридичних наук Севрука Володимира Геннадійовича, склала цей акт про те, що комісією вивчені матеріали підготовлені Почтовою Євгенією Сергіївною на тему «Організація й тактика проведення слідчих (розшукових) дій в умовах ризику інфікування ВІЛ-інфекцією або туберкульозом» за спеціальністю 12.00.09 – кримінальний процес та криміналістика; судова експертиза; оперативно-розшукова діяльність.

Результати дисертаційного дослідження Почтової Є. С. відображені у навчально-методичних матеріалах з кримінального процесу та оперативно-розшукової діяльності для курсантів, студентів та слухачів магістратури, де в якості джерел рекомендовано такі публікації:

1. Почтова Є.С. Особливості підготовки до проведення одночасного допиту в режимі відеоконференції з учасником, інфікованим туберкульозом

дихальних шляхів. *Науковий вісник публічного та приватного права*. Вип.4. – Т. 2., Київ, 2018. С. 170-174.

2. Почтова Є.С. Наявність в учасника заразного туберкульозу як підстава проведення одночасного допиту в режимі відеоконференції: процесуальний аспект. *Актуальні проблеми вітчизняної юриспруденції*. Вип. 5, 2018. Дніпро, 2018. С. 118-121.

3. Почтова Є.С. До питання проведення освідування, з урахуванням ризику інфікування слідчого на ВІЛ/СНІД або туберкульоз дихальних шляхів. *Вісник Південного регіонального центру Національної академії правових наук України*. №17, 2018. Одеса, 2018. С. 211-216.

4. Почтова Є.С. Організаційно-тактичні заходи підготовки до проведення освідування в умовах ризику інфікування ВІЛ/СНІДом та/або туберкульозом. *Науковий вісник Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ*. №3 (96), 2018. Дніпро, 2018. С. 150-155.

5. Почтова Є.С. Деякі способи інфікування працівників поліції ВІЛ/СНІДом та туберкульозом під час виконання службових обов'язків. *Visegrad Journal on Human Rights*. №5 (volume 2) 2018. м. Братислава, Словацька Республіка. 2018. С. 66-69.

6. Почтовая Е.С. Особенности проведения осмотра места происшествия в условиях риска инфицирования туберкулёзом или ВИЧ/СПИДом. *Legea si Viata*, №11/2 (323) 2018, республіка Молдова. 2018. С. 109-112.

Зазначені матеріали підтвердили належний теоретичний рівень і практичну обґрунтованість та відповідають меті й загальним напрямкам вдосконалення професійної підготовки юридичних кадрів і можуть бути використанні в освітньому процесі при викладанні дисциплін «кримінальний процес та оперативно-розшукова діяльність», а також у рамках перепідготовки та підвищення кваліфікації працівників слідчих органів та оперативних підрозділів Національної поліції України.

Члени комісії дійшли спільного висновку, що предетавлені Почтовою Євгенією Сергіївною матеріали дослідження ґрунтуються на значній кількості

опрацьованих автором під час дослідження законодавчих, наукових, архівних та емпіричних джерел.

Члени комісії:


Начальник відділу докторантури та ад'юнктури НАВС,
доктор юридичних наук, доцент


Олексій ДРОЗД

Провідний науковий співробітник
відділу організації наукової діяльності та
захисту прав інтелектуальної власності НАВС,
кандидат юридичних наук

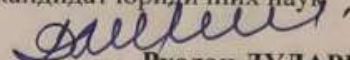

Сергій ПАВЛЕНКО

Провідний науковий співробітник
відділу організації наукової діяльності та
захисту прав інтелектуальної власності НАВС,
кандидат юридичних наук


Володимир СЕВРУК

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Заступник начальника
Головного слідчого управління
Національної поліції України
кандидат юридичних наук


Руслан ДУДАРЕЦЬ


«14» 08 2020 р.

Акт

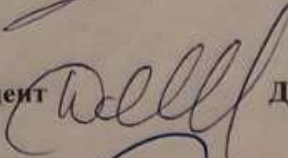
впровадження у практичну діяльність органів досудового розслідування матеріалів дисертаційного дослідження на здобуття наукового ступеню доктора філософії (кандидата юридичних наук) ад'юнкта Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ Почтової Євгенії Сергіївни на тему «Організація й тактика проведення слідчих (розшукових) дій в умовах ризику інфікування ВІЛ-інфекцією або туберкульозом» за спеціальністю 12.00.09 – кримінальний процес та криміналістика; судова експертиза; оперативно-розшукова діяльність

Комісія у складі: начальника відділу ГСУ НП України доктора юридичних наук, доцента Шевчишена А.В., заступника начальника відділу ГСУ НП України кандидата юридичних наук, доцента Мірковця Д.М., старшого слідчого в особливо важливих справах кандидата юридичних наук Загамули В.В. склала цей акт про те, що матеріали дисертаційного дослідження ад'юнкта Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ Почтової Євгенії Сергіївни на здобуття наукового ступеню доктора філософії (кандидата юридичних наук) за спеціальністю 081 «Право» на тему «Організація й тактика проведення слідчих (розшукових) дій в умовах ризику інфікування ВІЛ-інфекцією або туберкульозом» можуть застосовуватись у практичній діяльності слідчих підрозділів, а також під час занять в системі службової підготовки.


Начальник відділу
ГСУ НП України
доктор юридичних наук, доцент


Артем ШЕВЧИШЕН

Заступник начальника відділу
ГСУ НП України
кандидат юридичних наук, доцент


Дмитро МІРКОВЕЦЬ

Старший слідчий в ОВС
ГСУ НП України
кандидат юридичних наук


Вадим ЗАГАМУЛА