

Движущийся объект удобно характеризовать импульсом силы. Если тело покоится, импульс равен нулю. Ненулевым импульсом обладает любое движущееся тело. Импульс служит мерой того, насколько велика должна быть сила, действующая в течение определенного времени, чтобы остановить или разогнать его с места до данной скорости.

Пешеход весом 60 кг при движении со скоростью:

5 км/ч (движение шагом) при столкновении с неподвижным объектом подвергается воздействию импульса 83,3 кг·м/с;

12 км/ч (движение бегом) при столкновении с неподвижным объектом подвергается воздействию импульса 200,0 кг·м/с;

25 км/ч (движение на СПМ) при столкновении с неподвижным объектом подвергается воздействию импульса 416,0 кг·м/с.

Воздействие импульса 416,0 кг·м/с на организм человека приведет к возникновению сочетанной травмы. При сочетанной травме пациент получает многочисленные повреждения разных частей тела: головы, грудной клетки, живота, растяжения и разрывы связок конечностей, гематомы, вывихи суставов, повреждения коленных суставов.

Серьезные травмы чаще всего получают опытные пешеходы на СПМ из-за того, что они уже давно чувствуют себя уверенно на данном средстве передвижения. Опытные пешеходы на СПМ любят скорость, резко тормозят, совершают различные маневры, что может закончиться падением. Большинство гироскутеров или мотоциклов могут разогнаться до 15 км/ч и более. Риск травмы значительно повышает самоуверенность. Часто такой пешеход едет на максимальной скорости; не обращает внимания на пешеходов и транспортные средства, в результате может столкнуться с ними; поворачивает во время быстрой езды; занимает неправильное, недостаточно устойчивое положение на доске; едет в состоянии алкогольного опьянения (даже небольшая доза алкоголя, которая субъективно не ощущается, значительно нарушает координацию движений и способность удерживать равновесие); передвигается по скользкой поверхности.

Проведенный анализ показывает, что узаконенное появление СПМ вызывает необходимость внесения дополнений в действующее законодательство, относящееся к вопросам правового регулирования дорожного движения, в части термина «источник повышенной опасности» и ответственности лиц, участвующих в дорожном движении на СПМ.

УДК 342.9

А.Л. Федорович

ПРЕДПОСЫЛКИ СТАНОВЛЕНИЯ ИНСТИТУТА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАДАПТАЦИИ В УСЛОВИЯХ ЛЕЧЕБНО-ТРУДОВЫХ ПРОФИЛАКТОРИЕВ

Институт медико-социальной реадaptации граждан, содержащихся в лечебно-трудовых профилакториях (ЛТП) Республики Беларусь, за время своего существования зарекомендовал себя как положительный пример эффективной борьбы с совершением административных правонарушений в состоянии алкогольного опьянения. Сегодня в Республике Беларусь существуют и функционируют восемь ЛТП, в двух из которых содержатся женщины, в шести – мужчины.

ЛТП существовали и до обретения Республикой Беларусь независимости. Меры принудительного комплексного лечебного воздействия и трудотерапии формировались в более ранние времена. Предпосылки их становления необходимо изучить и проанализировать с целью наиболее полного понимания их правовой природы. Исследуемым объектом будет являться процесс появления и формирования мер принудительного характера с принуждением к труду в отношении зависимых от психоактивных веществ лиц, совершающих на этой почве противоправные действия, как неотъемлемого элемента воздействия на поведение и личность лиц, к которым такие меры принимались с целью достижения положительного результата.

Из изучения опыта принудительного лечения лиц с алкогольной зависимостью в условиях специализированного лечебно-трудового отделения закрытого типа следует, что первая лечебница, основанная на принципе применения мер принуждения, совмещенных с трудотерапией, открылась в Нью-Йорке в 1854 г. В течение нескольких последующих десятилетий принудительный метод лечения лиц с алкогольной зависимостью получил признание во многих странах Западной Европы. С течением времени проблема не уменьшалась, с необходимостью лечения и воздействия на поведение больных алкогольной зависимостью граждан сталкивалось все больше государств. В связи с ростом числа лиц с алкогольной зависимостью правительства США (1865), Англии (1878), Швейцарии (1891) издали законы о принудительном помещении и лечении их в специальных лечебных учреждениях сроком от 9 до 18 месяцев. В 1923 г. были созданы для амбулаторного лечения лиц с алкогольной зависимостью наркопункты, реорганизованные затем в наркологические диспансеры.

Исходя из анализа приведенных сведений, следует, что проблема лечения зависимых от психоактивных веществ граждан даже на этапе зарождения мер принудительного лечения носила интернациональный характер, а трудотерапия, используемая для оказания воздействия на нуждающихся в наркологической помощи граждан, была применима и апробирована еще в XIX в.

Важное значение в предупреждении и профилактике пьянства и алкоголизма имеет предупредительное лечение лиц, не совершивших преступление. Учитывая это, в 1926 г. СНК РСФСР издал декрет, предусматривавший организацию принудительного лечения лиц с алкогольной зависимостью. Однако он не получил практического осуществления в связи с целым рядом недоработок. Вполне возможно обосновать неудачное действие правовой нормы тем, что на тот момент не была разработана в полном объеме концепция принудительного лечения, а также не было финансовой возможности обеспечить реализацию учреждений для принудительного лечения зависимых от алкоголя граждан, не были

созданы требуемые финансово-хозяйственные условия, в результате чего созданные учреждения не получили своего дальнейшего развития.

В 1929 г. в Москве была открыта наркологическая лечебница на 100 коек для стационарного лечения различных нервно-психических заболеваний, обусловленных алкоголизмом. Рассматривать ее как профильное учреждение для медико-социальной реадaptации зависимых от алкоголя граждан не представляется возможным ввиду многопрофильности создания и отсутствия принудительной трудотерапии как неотъемлемого элемента ее функционирования.

В 1958 г. Министерством сельского хозяйства Узбекской ССР по решению правительства СССР на базе семеноводческого хлопкового совхоза «Пахтали-куль» был основан лечебно-трудовой санаторий на 150 коек, предназначенный для лечения и трудотерапии больных туберкулезом.

В июне 1961 г. издан Указ Президиума Верховного Совета Украинской ССР «Об усилении борьбы с лицами, уклоняющимися от общественно полезного труда и ведущими антиобщественный, паразитический образ жизни», предусматривавший создание специальных лечебно-трудовых отделений для принудительного лечения указанной группы лиц. Функционирование этих отделений практически является первым опытом осуществления массового принудительного лечения в СССР.

Согласно проведенному медицинскому исследованию в 1966 г. следует, что значительная часть лиц, прошедших принудительное антиалкогольное лечение, совмещенное с трудотерапией, через небольшой отрезок времени снова начинают потреблять спиртные напитки. Вместе с тем эффективность лечения доминировала над отрицательными результатами, что позволило сделать вывод об эффективности принимаемых мер принудительного характера.

Из приведенных материалов следует, что существующий сегодня институт ЛТП имеет общемировые предпосылки формирования и длительный период времени апробации используемых методов медико-социальной реадaptации. Его существование формировалось начиная с XIX в. в правовом пространстве множества государств. За это время сформировались и закрепились основные методы правового и медицинского воздействия, реализуемого в совокупности с трудотерапией, усиливающей качество мер воздействия на лицо с целью лечения его зависимости и восстановления часто утраченных за годы пьянства трудовых навыков.

УДК 343.9

В.О. Янчин

ОТДЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ АДМИНИСТРАТИВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Законодательство об административных правонарушениях выделяет несовершеннолетнего правонарушителя специальным субъектом указанных правоотношений, закрепив особенности административной ответственности несовершеннолетних в отдельной гл. 9 Кодекса Республики Беларусь об административных правонарушениях 2021 г. Указанная специфика обуславливает достаточно низкий процент привлекаемых к административной ответственности несовершеннолетних в сравнении с освобождаемыми от таковой. Административным взысканиям подвергнуто немногим более 13 % несовершеннолетних от всех установленных в связи с совершением административного деликта (здесь и далее – информация единого государственного банка данных о правонарушениях за 2022 г.).

Основываясь на общем понятии административной ответственности, она выражается в порицании несовершеннолетнего, совершившего административное правонарушение, и наложении на него административного взыскания. Ее целями являются воспитание несовершеннолетнего правонарушителя, а также предупреждение новых правонарушений как несовершеннолетним, его совершившим, так и другими несовершеннолетними. Административная ответственность призвана способствовать восстановлению социальной справедливости и возмещению причиненного деянием вреда.

Указанная ответственность наступает, если в совершенном деянии присутствует состав правонарушения, в том числе когда несовершеннолетний достиг определенного возраста, установленного законодательством, и не будет выявлено, что вследствие отставания в умственном развитии, не связанного с психическим расстройством (заболеванием), правонарушитель во время совершения деяния не мог сознавать его фактический характер и противоправность.

По общему стандарту несовершеннолетние подлежат административной ответственности в случае достижения возраста 16 лет. С 14 лет правонарушитель подлежит административной ответственности при совершении правонарушений, предусмотренных лишь шестью статьями КоАП, а именно: ст. 10.1 «Умышленное причинение телесного повреждения и иные насильственные действия либо нарушение защитного предписания», ст. 10.2 «Оскорбление», ст. 11.1 «Мелкое хищение», ст. 11.3 «Умышленные уничтожение либо повреждение чужого имущества», ст. 16.29 «Жестокое обращение с животным или избавление от животного», ст. 19.1 «Мелкое хулиганство». Следует отметить, что все указанные правонарушения относятся к категориям грубых или значительных и, за исключением ст. 16.29 КоАП, имеют определенный процент в общем массиве совершенных несовершеннолетними административных правонарушений: ст. 19.1 КоАП – 7,1 %, ст. 11.1 КоАП – 5,9 %, ст. 10.1 КоАП – 1,5 %, ст. 11.3 КоАП – 0,7 %, ст. 10.2 КоАП – 0,5 %.

В этой связи возникает закономерный вопрос: какими критериями руководствовался законодатель, определяя указанный перечень? На наш взгляд, к ним должны относиться следующие факторы, применяемые в совокупности или по отдельности, а именно: повышенный уровень общественной вредности, значительное вредное влияние на развитие личности, достаточная степень распространенности деяния в среде несовершеннолетних, явная способность осознавать фактический характер и противоправность деяния в соответствующем возрасте.