

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**федеральное государственное автономное
образовательное учреждение высшего образования
«Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет
им. Н.И. Лобачевского»**

Юридический факультет

УТВЕРЖДЕНО
решением Ученого совета ННГУ
протокол № 6 от 03.06.2020 г.

Рабочая программа дисциплины
Судебная медицина и судебная психиатрия

Уровень высшего образования
Специалитет

Направление подготовки / специальность
40.05.01 - Правовое обеспечение национальной безопасности

Направленность образовательной программы
Уголовно-правовая

Форма обучения
очная

г. Нижний Новгород

2020 год начала подготовки

1. Место дисциплины в структуре ОПОП

Дисциплина Б1.Б.41 Судебная медицина и судебная психиатрия относится к базовой части образовательной программы.

2. Планируемые результаты обучения по дисциплине, соотнесенные с планируемыми результатами освоения образовательной программы (компетенциями и индикаторами достижения компетенций)

Формируемые компетенции (код, содержание компетенции)	Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю), в соответствии с индикатором достижения компетенции		Наименование оценочного средства	
	Индикатор достижения компетенции (код, содержание индикатора)	Результаты обучения по дисциплине	Для текущего контроля успеваемости	Для промежуточной аттестации
ОК-8: способностью принимать оптимальные организационно-управленческие решения	: Не предусмотрено	: Знание - приемов и способов принятия оптимальных организационно-управленческих решений в повседневной деятельности и нестандартных ситуациях - приемов креативного мышления и творческого решения профессиональных задач Умение - принимать оптимальные организационно-управленческие решения в повседневной деятельности и нестандартных ситуациях; - креативно мыслить и творчески решать профессиональные задачи; - проявлять инициативу, в том числе в ситуациях риска Владение - опытом принятия оптимальных организационно-управленческих решений в повседневной деятельности и нестандартных ситуациях; - опытом креативного мышления и творческого	Опрос Тест Задачи Эссе	Зачёт: Контрольные вопросы

		<p>решения профессиональных задач;</p> <p>-опытом проявления инициативы, в том числе в ситуациях риска;</p>		
<p>ПК-10: способностью применять в профессиональной деятельности теоретические основы раскрытия и расследования преступлений, использовать в целях установления объективной истины по конкретным делам технико-криминалистические методы и средства, тактические приемы производства следственных действий, формы организации и методику раскрытия и расследования отдельных видов и групп преступлений</p>	<p>: Не предусмотрено</p>	<p>: Знание</p> <p>-теоретических основ раскрытия и расследования преступлений</p> <p>-технико-криминалистических методов и средств, тактических приемов производства следственных действий,</p> <p>- форм организации и методики раскрытия и расследования отдельных видов и групп преступлений</p> <p>Умение</p> <p>- применять в профессиональной деятельности теоретические основы раскрытия и расследования преступлений</p> <p>- использовать в целях установления объективной истины по конкретным делам технико-криминалистические методы и средства, тактические приемы производства следственных действий, формы организации и методику раскрытия и расследования отдельных видов и групп преступлений</p> <p>Владение</p> <p>- методикой расследования и раскрытия преступлений</p> <p>- навыками применения технико-криминалистических методов и средств</p> <p>- владеть тактическими приемами производства следственных действий, формами организации и методикой раскрытия и</p>	<p>Опрос</p> <p>Тест</p> <p>Эссе</p> <p>Задачи</p>	<p>Зачёт:</p> <p>Контрольные вопросы</p>

		расследования отдельных видов и групп преступлений		
ПК-21: способностью применять методы проведения прикладных научных исследований, анализа и обработки их результатов	: Не предусмотрено	<p>: Знание</p> <ul style="list-style-type: none"> - базовых понятий в сфере прикладных научных исследований <p>Умение</p> <ul style="list-style-type: none"> - применять основные положения и достижения прикладных научных исследований при решении профессиональных задач - анализировать и эффективно обрабатывать полученную информацию для корректной обработки результатов <p>Владение</p> <ul style="list-style-type: none"> - правилами правильного и полного отражения результатов прикладного научного исследования, анализа и обработке результатов при подготовке необходимой юридической документации 	Опрос Тест Эссе Задачи	Зачёт: Контрольные вопросы
ПК-22: способностью обобщать и формулировать выводы по теме исследования, готовить отчеты по результатам выполненных исследований	: Не предусмотрено	<p>: Знание</p> <ul style="list-style-type: none"> - методологии проведения научного исследования - содержания и структуры отчетной документации, подготавливаемой по результатам выполненных исследований <p>Умение</p> <ul style="list-style-type: none"> - четко и лаконично формулировать и письменно излагать свои мысли - делать логически обоснованные выводы по 	Опрос Эссе Тест Задачи	Зачёт: Контрольные вопросы

		<p>результатам проведенного исследования</p> <p>-применять грамотную письменную речь и навыки составления различных видов научных отчетов</p> <p>Владение</p> <p>- правилами правильного и полного отражения результатов научного исследования в отчетной документации</p> <p>-грамотной письменной речью при составлении различных отчетов</p>		
<p>ПСК 1.2:</p> <p>способность планировать производство, применять методики расследования, выдвигать и проверять следственные версии, осуществлять процесс доказывания по уголовному делу, обеспечивать точное соблюдение законодательства всеми участниками уголовного судопроизводства</p>	<p>: Не предусмотрено</p>	<p>:</p> <p>Знание</p> <p>- положений уголовно-процессуального законодательства и практики его применения</p> <p>- принципов планирования производства расследования</p> <p>- понятия и видов методик расследования</p> <p>- понятия, принципов выдвижения и проверки следственных версий</p> <p>- понятия, содержания и принципов процесса доказывания по уголовному делу</p> <p>- правового статуса участников уголовно-процессуальных отношений</p> <p>Умение</p> <p>- реализовывать положения уголовно-процессуального законодательства в профессиональной деятельности</p> <p>- применять принципы планирования производства расследования</p> <p>- применять принципы выдвижения и проверки следственных версий</p> <p>- применять методики расследования</p> <p>- осуществлять процесс</p>	<p>Опрос</p> <p>Эссе</p> <p>Тест</p> <p>Задачи</p>	<p>Зачёт:</p> <p>Контрольные вопросы</p>

		<p>доказывания по уголовному делу</p> <ul style="list-style-type: none"> - обеспечивать точное соблюдение законодательства всеми участниками уголовного судопроизводства <p>Владение</p> <ul style="list-style-type: none"> - опытом планирования производства расследования - опытом применения методик расследования - опытом выдвижения и проверки следственных версий - опытом участия в процессе доказывания по уголовному делу - опытом обеспечения точного соблюдения законодательства всеми участниками уголовного судопроизводства 		
--	--	---	--	--

3. Структура и содержание дисциплины

3.1 Трудоемкость дисциплины

	очная
Общая трудоемкость, з.е.	3
Часов по учебному плану	108
в том числе	
аудиторные занятия (контактная работа):	
- занятия лекционного типа	32
- занятия семинарского типа (практические занятия / лабораторные работы)	64
- КСР	1
самостоятельная работа	11
Промежуточная аттестация	0
	Зачёт

3.2. Содержание дисциплины

(структурированное по темам (разделам) с указанием отведенного на них количества академических часов и виды учебных занятий)

Наименование разделов и тем дисциплины	Всего (часы)	в том числе			Самостоятельная работа обучающегося, часы
		Контактная работа (работа во взаимодействии с преподавателем), часы из них			
		Занятия лекционного	Занятия семинарского	Всего	

		типа	типа (практические занятия/ лабора- торные работы), часы		
	о ф о	о ф о	о ф о	о ф о	о ф о
Тема 1. Введение. Общебиологические и медицинские концепции в судебной психиатрии и их криминалистическое и судебно-экспертное значение	11	3	7	10	1
Тема 2. Правовые основы, организация судебно-психиатрической экспертизы в РФ	13	4	8	12	1
Тема 3. Использование судебно-медицинских и судебно-психиатрических знаний в уголовном процессе. Вменяемость, невменяемость, ограниченная вменяемость.	14	4	8	12	2
Тема 4. Психолого-психиатрическая экспертиза аффекта	10	3	6	9	1
Тема 5. Принудительные меры медицинского характера и основы пенитенциарной психиатрии.	12	4	7	11	1
Тема 6. Назначение и производство судебно-медицинских и судебно-психиатрических экспертиз.	11	3	6	9	2
Тема 7. Органические психические расстройства. Расстройства личности и влечений.	13	4	8	12	1
Тема 8. Шизофрения. Аффективные расстройства настроения и расстройства невротические, связанные со стрессом	12	4	7	11	1
Тема 9. Умственная отсталость, кратковременные расстройства психической деятельности. Симуляция и диссимуляция психических расстройств	11	3	7	10	1
Аттестация	0				
КСР	1			1	
Итого	108	32	64	97	11

Содержание разделов и тем дисциплины

Тема 1. Введение. Общебиологические и медицинские концепции в судебной психиатрии и их криминалистическое и судебно-экспертное значение

Основные разделы судебной психиатрии, задачи.

Признаки психического здоровья по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

Прикладное значение судебно-медицинских и судебно-психиатрических знаний в уголовном судопроизводстве.

Система правовых задач, разрешаемых с помощью использования судебно-медицинских и судебно-психиатрических знаний.

Объект и предмет судебной психиатрии, система методов исследования в судебной психиатрии.

Теоретические основы современной психиатрии и система научных понятий судебной психиатрии.

Системный подход в судебной психиатрии: модели гомеостаза.

Содержание базовых судебно-медицинских и судебно-психиатрических понятий. нозологический диагноз, медицинские критерии невменяемости, ограниченной вменяемости.

Виды судебно-медицинских и судебно-психиатрических экспертиз.

Комплексные психолого-психиатрические экспертизы.

Составление поискового портрета лица, страдающего психическим расстройством.

Тема 2. Правовые основы, организация судебно-психиатрической экспертизы в РФ

Основания и порядок назначения судебно-психиатрической экспертизы в соответствии с законодательством РФ.

Характер преступления и его мотивы, как одно из оснований для назначения судебно-психиатрической

экспертизы.

Процессуальная форма постановления следователя о производстве судебно-психиатрической экспертизы.

Понятие судебно-психиатрический эксперт.

Экспертные комиссии в системе органов здравоохранения (при психиатрических больницах, психоневрологических диспансерах).

Комплексные экспертные комиссии.

Государственный центр социальной и судебной психиатрии им. В.И. Сербского, его функции.

Виды судебно-медицинских и судебно-психиатрических экспертиз (стационарная, амбулаторная и др.).

Срок стационарной экспертизы.

Процессуальная характеристика заключения судебно- психиатрической экспертизы.

Задачи работников органов следствия

Особая значимость Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании».

Принципы оказания психиатрической помощи.

Структура психиатрической помощи гражданам.

Виды амбулаторной психиатрической помощи.

Основания недобровольной психиатрической помощи гражданам.

Процедура судебного контроля за госпитализацией лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке.

Тема 3. Использование судебно-медицинских и судебно-психиатрических знаний в уголовном процессе. Вменяемость, невменяемость, ограниченная вменяемость.

Судебно-психиатрическая экспертиза обвиняемых, подсудимых и подозреваемых.

Проблема невменяемости в уголовном праве и судебной психиатрии.

Законодательная формула невменяемости, формулировка медицинского и юридического критериев.

Ограниченная вменяемость.

Освобождение от наказания в связи с психическим расстройством, возникшем после совершения преступления.

Судебно-психиатрическая экспертиза потерпевших и свидетелей.

Проблема возрастной незрелости подростков 14-16 лет.

Оценка экспертного заключения судом.

Тема 4. Психолого-психиатрическая экспертиза аффекта

Классификация аффективных состояний.

Причины развития аффекта.

Уголовно-правовые, психологические и психиатрические критерии аффекта.

Тема 5. Принудительные меры медицинского характера и основы пенитенциарной психиатрии.

Основания принудительных мер медицинского характера, цели, виды.

Особенности производства о применении принудительных мер медицинского характера.

Оценка судом рекомендаций судебных психиатров вида и осуществления принудительного лечения лицам, признанным судом невменяемыми и заболевшим психическим расстройством после совершения преступления.

Соответствие системы принудительных мер медицинского характера в Российской Федерации

международным нормам в плане осуществления принудительного лечения в психиатрических учреждениях органов здравоохранения,

Критерии социальной опасности лиц с психическим расстройством.

Профилактика общественно-опасных действий лиц с психическим расстройством.

Основания для применения к лицу, совершившему общественно опасное деяние, принудительных мер медицинского характера.

Порядок назначения и проведения принудительного лечения.

Показания для принудительного лечения в психиатрических стационарах:

а) общего типа;

б) специализированного типа;

в) специализированного типа с интенсивным наблюдением.

10. Отмена или изменение принудительной меры медицинского характера.

Тема 6. Назначение и производство судебно-медицинских и судебно-психиатрических экспертиз.

Основания назначений судебно-медицинских и судебно-психиатрических экспертиз.

Производство судебно-медицинских и судебно-психиатрических экспертиз.

Оценка заключения эксперта.

Тема 7. Органические психические расстройства. Расстройства личности и влечений.

Классификация органических психических расстройств.

Классификация расстройств личности и влечений.

Уголовно – правовое значение органических психических расстройств и классификация расстройств личности и влечений.

Особенности экспертного исследования органических психических расстройств и классификация расстройств личности и влечений.

Тема 8. Шизофрения. Аффективные расстройства настроения и расстройства невротические, связанные со стрессом

Понятие хронического психического расстройства.

Основные проявления шизофрении, эпилепсии, аффективных расстройств настроения (маниакально-депрессивный психоз).

Понятие «шизофренический дефект» личности в динамике болезни, значение для правовой практики.

Отличие эпилептического припадка от установочного (симуляция).

Характеристика общественно опасных действий лиц в маниакальной и депрессивной фазах болезни.

Судебно-психиатрическая оценка хронических психических расстройств в динамике (обострения, ремиссии).

Понятие временного психического расстройства.

Основные проявления острых алкогольных психозов.

Кратковременные расстройства психической деятельности – «исключительные состояния», варианты, сумеречное расстройство сознания, опасные действия.

Отличие патологического опьянения от простого алкогольного опьянения.

Психическая травма, как фактор в происхождении психогенных (реактивных) психических расстройств.

Стресс, как типичная реакция подозреваемого, обвиняемого на совершенное преступление, арест, следствие, возможное наказание.

Варианты психогенных (реактивных) психических расстройств.

Цели учета следователем возможности глубокой невротической реакции у обвиняемых пожилого

возраста.

Задачи распознавания следователем проявлений психогенной (реактивной) депрессии обвиняемых как фактора профилактики суицидальных попыток в динамике следствия.

Особенности фабулы бреда и содержания галлюцинаций в клинике психогенного параноида у обвиняемых.

Судебно- психиатрическая оценка вариантов психогенных (реактивных) психических расстройств

Тема 9. Умственная отсталость, кратковременные расстройства психической деятельности. Симуляция и диссимуляция психических расстройств

Умственная отсталость (олигофрения), причины, низкий интеллектуальный коэффициент - IQ, распространенность, варианты по степени глубины недоразвития психики (врожденного слабоумия). Органические психические расстройства, причины, проявления острого периода, психоорганического синдрома, деменции (приобретенного слабоумия).

Проявления органического психического расстройства с деменцией в форме черепно-мозговой травмы (ЧМТ), энцефалита, сифилиса мозга, атеросклероза сосудов головного мозга, старческого слабоумия, болезни Альцгеймера.

Судебно-психиатрическая оценка психических расстройств с разной степенью глубины врожденного или приобретенного слабоумия.

Понятие «расстройства личности» (психопатии), причины, классификация, психопатическая динамика, распространенность.

Особенности преступных деяний лиц с эмоционально-неустойчивым расстройством личности (психопатия возбудимого типа) и расстройством личности параноидного типа (паранойальная психопатия).

Включения в клиническую картину психопатий извращенных влечений. Характеристика педофилии, гемблинга (игромания), гомицидомании, пиромании, клептомании.

Государственные меры предупреждения игровой зависимости, педофилии граждан.

Судебно-психиатрическая оценка простого алкогольного опьянения, патологического опьянения, алкогольных психозов.

Клиника наркомании, токсикомании, судебно-психиатрическая оценка.

Цели и принципы Федеральной программы противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту.

4. Учебно-методическое обеспечение самостоятельной работы обучающихся

Самостоятельная работа обучающихся включает в себя подготовку к контрольным вопросам и заданиям для текущего контроля и промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины приведенным в п. 5.

Для обеспечения самостоятельной работы обучающихся используются:

Электронные курсы, созданные в системе электронного обучения ННГУ:

Судебная медицина и судебная психиатрия, <https://e-learning.unn.ru/enrol/index.php?id=6692>.

Иные учебно-методические материалы:

Самостоятельная работа проводится с целью углубления и расширения теоретических знаний, систематизации и закрепления полученных теоретических знаний и практических умений, формирования умений использовать нормативную, правовую, справочную документацию и

специальную литературу, развития познавательных способностей и активности (творческой инициативы, самостоятельности, ответственности, организованности), формирования самостоятельного мышления, способностей к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации.

К видам самостоятельной работы студента относится аудиторная и внеаудиторная работа.

Аудиторная работа выполняется на учебных занятиях по заданию и под руководством преподавателя. Внеаудиторная работа выполняется по заданию и при методическом руководстве преподавателя, но без его непосредственного участия.

Аудиторная самостоятельная работа студента возможна при использовании активных и интерактивных форм занятий. Традиционная пассивная форма предполагает простые ответы студентов на поставленные вопросы и исключает самостоятельную работу, студент просто воспроизводит знания, которые он получил либо от преподавателя в результате пассивного восприятия, либо в результате внеаудиторной самостоятельной работы.

Активность обучения достигается участием студентов в дискуссиях по вопросам изменения законодательной регламентации назначения и производства судебно-медицинской экспертизы, проведения деловой игры по ролям, которые демонстрируют взаимодействия лица, назначающего экспертизу и оценивающего ее результаты, и судебно-медицинского эксперта, а так же дискуссионного обсуждения на занятиях ранее подготовленных сообщений, докладов, рефератов, презентаций, эссе.

Формы и виды внеаудиторной самостоятельной работы обучающихся:

- чтение основной и дополнительной литературы, изучение информации, полученной в системе Интернет;
- конспектирование источников;
- подготовка сообщений, докладов, рефератов, презентаций, эссе;
- выполнение творческих работ, учебных проектов, учебно-исследовательских работ;
- самостоятельное выполнение практических заданий репродуктивного типа (ответы на вопросы, тесты и т.д.);
- подготовка к промежуточной аттестации, в том числе путём самостоятельного выполнения практических заданий репродуктивного типа.

Внеаудиторная самостоятельная работа обучающихся по содержанию может быть разделена на нижеследующие блоки.

Изучение понятийного аппарата дисциплины

Вся система индивидуальной самостоятельной работы должна быть подчинена усвоению понятийного аппарата, поскольку одной из важнейших задач подготовки современного грамотного специалиста является овладение и грамотное применение профессиональной терминологии. Лучшему усвоению и пониманию дисциплины помогут различные энциклопедии, словари, справочники и другие материалы, указанные в списке литературы.

Изучение тем самостоятельной подготовки по учебно-тематическому плану

Особое место отводится самостоятельной проработке студентами отдельных разделов и тем по изучаемой дисциплине. Такой подход вырабатывает у студентов инициативу, стремление к увеличению объема знаний, выработке умений и навыков всестороннего овладения способами и приемами профессиональной деятельности.

Изучение вопросов очередной темы требует глубокого усвоения теоретических основ, раскрытия сущности основных категорий судебной медицины, проблемных аспектов темы и анализа фактического материала.

Работа над основной и дополнительной литературой

Изучение рекомендованной литературы следует начинать с учебников и учебных пособий, затем переходить к нормативно-правовым актам, научным монографиям и материалам периодических изданий. Конспектирование – одна из основных форм самостоятельного труда, требующая от студента активно работать с учебной литературой и не ограничиваться конспектом лекций.

Студент должен уметь самостоятельно подбирать необходимую для учебной и научной работы литературу. При этом следует обращаться к предметным каталогам и библиографическим справочникам, которые имеются в библиотеках.

Для аккумуляции информации по изучаемым темам рекомендуется формировать личный архив, а также каталог используемых источников. При этом если уже на первых курсах обучения студент определяет для себя наиболее интересные сферы для изучения, то подобная работа будет весьма продуктивной с точки зрения формирования библиографии для последующего написания дипломного проекта на выпускном курсе.

Самоподготовка к практическим занятиям

При подготовке к практическому занятию необходимо помнить, что данная дисциплина тесно связана с ранее изучаемыми дисциплинами..

На семинарских занятиях студент должен уметь последовательно излагать свои мысли и аргументировано их отстаивать.

Для достижения этой цели необходимо:

- 1) ознакомиться с соответствующей темой программы изучаемой дисциплины;
- 2) осмыслить круг изучаемых вопросов и логику их рассмотрения;
- 3) изучить рекомендованную учебно-методическим комплексом литературу по данной

теме;

- 4) тщательно изучить лекционный материал;
- 5) ознакомиться с вопросами очередного семинарского занятия;
- 6) подготовить краткое выступление по каждому из вынесенных на семинарское занятие

вопросу.

Изучение вопросов очередной темы требует глубокого усвоения теоретических основ дисциплины, раскрытия сущности основных положений, проблемных аспектов темы и анализа фактического материала.

При презентации материала на семинарском занятии можно воспользоваться следующим алгоритмом изложения темы: определение и характеристика основных категорий, эволюция предмета исследования, оценка его современного состояния, существующие проблемы, перспективы развития. Весьма презентабельным вариантом выступления следует считать его подготовку в среде Power Point, что существенно повышает степень визуализации, а, следовательно, доступности, понятности материала и заинтересованности аудитории к результатам научной работы студента.

Самостоятельная работа студента при подготовке к зачету.

Контроль выступает формой обратной связи и предусматривает оценку успеваемости студентов и разработку мер по дальнейшему повышению качества подготовки современных менеджеров. Итоговой формой контроля успеваемости студентов по учебной дисциплине «Судебная медицина и психиатрия» является зачет.

Бесспорным фактором успешного завершения очередной дисциплины является кропотливая, систематическая работа студента в течение всего периода изучения дисциплины (семестра). В

этом случае подготовка к зачету будет являться концентрированной систематизацией всех полученных знаний по данной дисциплине.

В начале семестра рекомендуется внимательно изучить перечень вопросов к зачету по данной дисциплине, а также использовать в процессе обучения программу, другие методические материалы, разработанные кафедрой по данной дисциплине. Это позволит в процессе изучения тем сформировать более правильное и обобщенное видение студентом существа того или иного вопроса за счет:

- а) уточняющих вопросов преподавателю;
- б) подготовки рефератов и эссе по отдельным темам, наиболее заинтересовавшие студента;
- в) самостоятельного уточнения вопросов на смежных дисциплинах;
- г) углубленного изучения вопросов темы по учебным пособиям.

Кроме того, наличие перечня вопросов в период обучения позволит выбрать из предложенных преподавателем учебников наиболее оптимальный для каждого студента, с точки зрения его индивидуального восприятия материала, уровня сложности и стилистики изложения.

После изучения соответствующей тематики рекомендуется проверить наличие и формулировки вопроса по этой теме в перечне вопросов к зачету, а также попытаться изложить ответ на этот вопрос. Если возникают сложности при раскрытии материала, следует вновь обратиться к лекционному материалу, материалам практических занятий, уточнить терминологический аппарат темы, а также проконсультироваться с преподавателем.

Изучение сайтов по темам дисциплины в сети Интернет

Ресурсы Интернет являются одним из альтернативных источников быстрого поиска требуемой информации. Их использование возможно для получения основных и дополнительных сведений по изучаемым материалам.

5. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине (модулю)

5.1 Типовые задания, необходимые для оценки результатов обучения при проведении текущего контроля успеваемости с указанием критериев их оценивания:

5.1.1 Типовые задания (оценочное средство - Опрос) для оценки сформированности компетенции ОК-8:

Тема 1. Введение. Общебиологические и медицинские концепции в судебной психиатрии и их криминалистическое и судебно-экспертное значение

1. Основные разделы судебной психиатрии, задачи.
2. Признаки психического здоровья по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).
3. Прикладное значение судебно-медицинских и судебно-психиатрических знаний в уголовном судопроизводстве.
4. Система правовых задач, разрешаемых с помощью использования судебно-медицинских и судебно-психиатрических знаний.
5. Объект и предмет судебной психиатрии, система методов исследования в судебной психиатрии.
6. Теоретические основы современной психиатрии и система научных понятий судебной психиатрии.
7. Системный подход в судебной психиатрии: модели гомеостаза.

8. Содержание базовых судебно-медицинских и судебно-психиатрических понятий. нозологический диагноз, медицинские критерии невменяемости, ограниченной вменяемости.
9. Виды судебно-медицинских и судебно-психиатрических экспертиз.
10. Комплексные психолого-психиатрические экспертизы.
11. Составление поискового портрета лица, страдающего психическим расстройством.

Тема 2. Правовые основы, организация судебно-психиатрической экспертизы в РФ

1. Основания и порядок назначения судебно-психиатрической экспертизы в соответствии с законодательством РФ.
2. Характер преступления и его мотивы, как одно из оснований для назначения судебно-психиатрической экспертизы.
3. Процессуальная форма постановления следователя о производстве судебно-психиатрической экспертизы.
4. Понятие судебно-психиатрический эксперт.
5. Экспертные комиссии в системе органов здравоохранения (при психиатрических больницах, психоневрологических диспансерах).
6. Комплексные экспертные комиссии.
7. Государственный центр социальной и судебной психиатрии им. В.И. Сербского, его функции.
8. Виды судебно-медицинских и судебно-психиатрических экспертиз (стационарная, амбулаторная и др.).
9. Срок стационарной экспертизы.
10. Процессуальная характеристика заключения судебно-психиатрической экспертизы.
11. Задачи работников органов следствия
12. Особая значимость Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании».
13. Принципы оказания психиатрической помощи.
14. Структура психиатрической помощи гражданам.
15. Виды амбулаторной психиатрической помощи.
16. Основания недобровольной психиатрической помощи гражданам.
17. Процедура судебного контроля за госпитализацией лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке.

5.1.2 Типовые задания (оценочное средство - Опрос) для оценки сформированности компетенции ПК-10:

Тема 3. Использование судебно-медицинских и судебно-психиатрических знаний в уголовном процессе. Вменяемость, невменяемость, ограниченная вменяемость.

1. Судебно-психиатрическая экспертиза обвиняемых, подсудимых и подозреваемых.
2. Проблема невменяемости в уголовном праве и судебной психиатрии.
3. Законодательная формула невменяемости, формулировка медицинского и юридического критериев.
4. Ограниченная вменяемость.
5. Освобождение от наказания в связи с психическим расстройством, возникшем после совершения преступления.
6. Судебно-психиатрическая экспертиза потерпевших и свидетелей.
7. Проблема возрастной незрелости подростков 14-16 лет.
8. Оценка экспертного заключения судом.

Тема 4. Психолого-психиатрическая экспертиза аффекта

1. Классификация аффективных состояний.

2. Причины развития аффекта.
3. Уголовно-правовые, психологические и психиатрические критерии аффекта.

5.1.3 Типовые задания (оценочное средство - Опрос) для оценки сформированности компетенции ПК-21:

Тема 5. Принудительные меры медицинского характера и основы пенитенциарной психиатрии.

1. Основания принудительных мер медицинского характера, цели, виды.
2. Особенности производства о применении принудительных мер медицинского характера.
3. Оценка судом рекомендаций судебных психиатров вида и осуществления принудительного лечения лицам, признанным судом невменяемыми и заболевшим психическим расстройством после совершения преступления.
4. Соответствие системы принудительных мер медицинского характера в Российской Федерации международным нормам в плане осуществления принудительного лечения в психиатрических учреждениях органов здравоохранения,
5. Критерии социальной опасности лиц с психическим расстройством.
6. Профилактика общественно-опасных действий лиц с психическим расстройством.
7. Основания для применения к лицу, совершившему общественно опасное деяние, принудительных мер медицинского характера.
8. Порядок назначения и проведения принудительного лечения.
9. Показания для принудительного лечения в психиатрических стационарах:

а) общего типа;

б) специализированного типа;

в) специализированного типа с интенсивным наблюдением.

10. Отмена или изменение принудительной меры медицинского характера.

Тема 6. Назначение и производство судебно-медицинских и судебно-психиатрических экспертиз.

1. Основания назначений судебно-медицинских и судебно-психиатрических экспертиз.
2. Производство судебно-медицинских и судебно-психиатрических экспертиз.
3. Оценка заключения эксперта.

5.1.4 Типовые задания (оценочное средство - Опрос) для оценки сформированности компетенции ПК-22:

Тема 7. Органические психические расстройства. Расстройства личности и влечений.

1. Классификация органических психических расстройств.
2. Классификация расстройств личности и влечений.
3. Уголовно – правовое значение органических психических расстройств и классификация расстройств личности и влечений.
4. Особенности экспертного исследования органических психических расстройств и классификация расстройств личности и влечений.

Тема 8. Шизофрения. Аффективные расстройства настроения и расстройства невротические, связанные со стрессом

1. Понятие хронического психического расстройства.
2. Основные проявления шизофрении, эпилепсии, аффективных расстройств настроения (маниакально-депрессивный психоз).

3. Понятие «шизофренический дефект» личности в динамике болезни, значение для правовой практики.
4. Отличие эпилептического припадка от установочного (симуляция).
5. Характеристика общественно опасных действий лиц в маниакальной и депрессивной фазах болезни.
6. Судебно-психиатрическая оценка хронических психических расстройств в динамике (обострения, ремиссии).
7. Понятие временного психического расстройства.
8. Основные проявления острых алкогольных психозов.
9. Кратковременные расстройства психической деятельности – «исключительные состояния», варианты, сумеречное расстройство сознания, опасные действия.
10. Отличие патологического опьянения от простого алкогольного опьянения.
11. Психическая травма, как фактор в происхождении психогенных (реактивных) психических расстройств.
12. Стресс, как типичная реакция подозреваемого, обвиняемого на совершенное преступление, арест, следствие, возможное наказание.
13. Варианты психогенных (реактивных) психических расстройств.
14. Цели учета следователем возможности глубокой невротической реакции у обвиняемых пожилого возраста.
15. Задачи распознавания следователем проявлений психогенной (реактивной) депрессии обвиняемых как фактора профилактики суицидальных попыток в динамике следствия.
16. Особенности фабулы бреда и содержания галлюцинаций в клинике психогенного параноида у обвиняемых.
17. Судебно-психиатрическая оценка вариантов психогенных (реактивных) психических расстройств

5.1.5 Типовые задания (оценочное средство - Опрос) для оценки сформированности компетенции ПСК 1.2:

Тема 9. Умственная отсталость, кратковременные расстройства психической деятельности.

Симуляция и диссимуляция психических расстройств

1. Умственная отсталость (олигофрения), причины, низкий интеллектуальный коэффициент - IQ, распространенность, варианты по степени глубины недоразвития психики (врожденного слабоумия).
2. Органические психические расстройства, причины, проявления острого периода, психоорганического синдрома, деменции (приобретенного слабоумия).
3. Проявления органического психического расстройства с деменцией в форме черепно-мозговой травмы (ЧМТ), энцефалита, сифилиса мозга, атеросклероза сосудов головного мозга, старческого слабоумия, болезни Альцгеймера.
4. Судебно-психиатрическая оценка психических расстройств с разной степенью глубины врожденного или приобретенного слабоумия.
5. Понятие «расстройства личности» (психопатии), причины, классификация, психопатическая динамика, распространенность.
6. Особенности преступных деяний лиц с эмоционально-неустойчивым расстройством личности (психопатия возбудимого типа) и расстройством личности параноидного типа (паранойальная психопатия).
7. Включения в клиническую картину психопатий извращенных влечений. Характеристика педофилии, гемблинга (игромания), гомицидомании, пиромании, клептомании.
8. Государственные меры предупреждения игровой зависимости, педофилии граждан.
9. Судебно-психиатрическая оценка простого алкогольного опьянения, патологического опьянения, алкогольных психозов.
10. Клиника наркомании, токсикомании, судебно-психиатрическая оценка.
11. Цели и принципы Федеральной программы противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту.

Критерии оценивания (оценочное средство - Опрос)

Оценка	Критерии оценивания
превосходно	-
отлично	Высокий уровень подготовки, которой существенно выше среднего, возможно, с очень незначительными погрешностями
очень хорошо	-
хорошо	В целом хорошая подготовка с рядом заметных ошибок
удовлетворительно	Подготовка, удовлетворяющая минимальным требованиям
неудовлетворительно	Необходима дополнительная подготовка для успешного прохождения испытания
плохо	-

5.1.6 Типовые задания (оценочное средство - Тест) для оценки сформированности компетенции ОК-8:

1. Назначение судебно-медицинской экспертизы, согласно действующему уголовно-процессуальному законодательству, является обязательным при необходимости установления:

- 1) причины смерти;
- 2) тяжести вреда здоровью;
- 3) физического и психического состояния подозреваемого, обвиняемого, потерпевшего или свидетеля;
- 4) возраста подозреваемого, обвиняемого или потерпевшего.

2. Основанием для производства судебно-медицинской экспертизы является:

- 1) постановление органов следствия;
- 2) направление лечебного учреждения;
- 3) постановление органов дознания;
- 4) предложение учреждения медицинского страхования.

3. Не являются основанием для производства судебно-медицинской экспертизы:

- 1) определение суда;
- 2) направление органов дознания;
- 3) постановление органов следствия;
- 4) направление лечебного учреждения.

4. Объектами судебно-медицинской экспертизы являются:

- 1) живые лица;
- 2) трупы людей;
- 3) вещественные доказательства биологического происхождения;
- 4) медицинская документация.

5. Критериями психического здоровья являются:

- а) осознание чувства постоянности своего «Я»;
- б) чувство разделения, расщепления своего «Я» на части (например, на «плохую» и хорошую» половины);
- в) идентичность переживаний в однотипных ситуациях;
- г) зависимость переживаний в однотипных ситуациях от эмоционального состояния в этот момент;
- д) верно Б и Г
- е) верно А и В

6. Критериями психического здоровья являются:

- а) критичность;
- б) адекватность реакций воздействиям;
- в) способность самоуправления поведением;
- г) способность планировать жизнедеятельность и реализовывать планы;
- д) способность изменять способ поведения в зависимости от смены обстоятельств;
- е) все перечисленные;
- ж) ни один из перечисленных.

7. В России официально принята классификация психических расстройств :

- а) Российская нозологическая классификация;
- б) Международная классификация 9 пересмотра (МКБ-9);
- в) Международная классификация 10 пересмотра (МКБ-10);
- г) Американская классификация психических расстройств (DSM-IV);
- д) психические расстройства не классифицированы.

8. Назовите виды психических расстройств в зависимости от вызывающих их факторов:

- а) психогенные;
- б) экзогенные;

- в) эндогенные;
- г) соматогенные;
- д) все перечисленные;
- е) все перечисленные, кроме Б.

9. Выделяют уровни психических расстройств:

- а) психотический;
- б) невротический;
- в) временные;
- г) хронические;
- д) сопровождающиеся развитием слабоумия;
- е) не сопровождающиеся развитием слабоумия;
- ж) все перечисленное верно;
- з) верно А и Б;
- и) верно В и Г;
- к) верно Д и Е.

5.1.7 Типовые задания (оценочное средство - Тест) для оценки сформированности компетенции ПК-10:

1. Освидетельствованию может быть подвергнут:

- 1) подозреваемый;
- 2) обвиняемый;
- 3) потерпевший;
- 4) свидетель.

2. Судебно-медицинская экспертиза может производиться:

- 1) экспертом единолично;
- 2) группой экспертов одной медицинской специальности;
- 3) группой экспертов разных медицинских специальностей;
- 4) группой экспертов, включающей как врачей, так и представителей других профессий.

3. Результаты судебно-медицинской экспертизы оформляются:

- 1) протоколом судебно-медицинской экспертизы;
- 2) актом судебно-медицинского исследования или освидетельствования;
- 3) актом судебно-медицинской экспертизы;

4) заключением судебно-медицинской экспертизы (эксперта).

4. В состав судебно-медицинской экспертной комиссии могут входить:

- 1) главный областной, краевой или республиканский судебно-медицинский эксперт;
- 2) опытные судебно-медицинские эксперты;
- 3) ведущие специалисты-клиницисты;
- 4) представители правоохранительных органов.

5. Проведение судебно-медицинской экспертизы группой экспертов (комиссионно) является обязательным при производстве:

- 1) первичной экспертизы;
- 2) повторной экспертизы;
- 3) дополнительной экспертизы;
- 4) экспертизы по так называемым «врачебным делам».

6. В компетенцию судебно-медицинской экспертной комиссии входит:

- 1) установление причины смерти;
- 2) решение вопросов о правильности диагностики и лечения больного;
- 3) определение механизма и последовательности образования повреждений;
- 4) установление вида травмирующего предмета.

7. В случае возникновения разногласий среди членов судебно-медицинской экспертной комиссии предусматривается оформление:

- 1) подписываемого всеми членами комиссии заключения с изложением всех точек зрения членов комиссии;
- 2) подписываемого всеми членами комиссии заключения, отражающего мнение большинства членов комиссии;
- 3) подписываемого всеми членами комиссии заключения только по согласованным позициям;
- 4) заключений каждым экспертом отдельно.

8. Прерогатива оценки заключения эксперта принадлежит:

- 1) прокурору;
- 2) адвокату;
- 3) следователю;
- 4) суду.

9. Бюро судебно-медицинской экспертизы имеются в:

- 1) Москве и С.-Петербурге;
- 2) каждой автономной республике;
- 3) каждой области (крае);
- 4) каждом крупном районном центре.

10. В бюро судебно-медицинской экспертизы предусмотрены:

- 1) отдел судебно-медицинской экспертизы трупов;
- 2) отдел судебно-медицинской экспертизы потерпевших, обвиняемых и других лиц;
- 3) судебно-медицинская лаборатория;
- 4) судебно-биологический отдел.

11. Основными направлениями совместной работы судебно-медицинских учреждений с органами практического здравоохранения являются:

- 1) проведение клинико-анатомических конференций;
- 2) выявление острых инфекционных заболеваний;
- 3) эпидемиологический анализ травматизма, отравлений, скоропостижной смерти;
- 4) санитарно-просветительная работа.

12. К производству судебно-медицинской экспертизы могут быть привлечены:

- 1) хирурги;
- 2) терапевты;
- 3) акушеры-гинекологи;
- 4) педиатры.

13. К производству судебно-медицинской экспертизы могут быть привлечены:

- 1) патологоанатомы;
- 2) фельдшера с большим стажем работы;
- 3) хирурги;
- 4) студенты-старшекурсники.

14. Судебно-медицинский эксперт имеет право:

- 1) знакомиться с материалами дела, относящимися к предмету экспертизы;

- 2) допрашивать подозреваемого или обвиняемого;
- 3) запрашивать дополнительные материалы по делу;
- 4) проводить следственные эксперименты.

15. В судебном следствии судебно-медицинский эксперт имеет право задавать вопросы:

- 1) потерпевшему;
- 2) подсудимому;
- 3) свидетелю;
- 4) судье.

16. Согласно действующему уголовно-процессуальному законодательству, эксперт обязан:

- 1) явиться по вызову лица, проводящего дознание или следствие, либо суда;
- 2) присутствовать на судебном заседании при рассмотрении дела, по которому он привлекался в качестве эксперта;
- 3) дать заключение по поставленным перед ним вопросам;
- 4) сохранять в тайне данные предварительного следствия или дознания.

17. За дачу заведомо ложного заключения, согласно действующему уголовному законодательству, эксперт может быть подвергнут наказанию в виде:

- 1) лишения свободы;
- 2) штрафа;
- 3) исправительных работ;
- 4) общественного порицания.

18. За несанкционированное разглашение данных предварительного следствия эксперт может быть подвергнут наказанию в виде:

- 1) исправительных работ;
- 2) лишения свободы;
- 3) штрафа;
- 4) общественного порицания.

За вопросом или незаконченным утверждением, приведенными ниже, следует 4—5 ответов или утверждений. Выберите один наиболее правильный ответ.

19. Внезапной (скоропостижной), согласно рекомендациям ВОЗ, принято считать смерть, последовавшую от начала клинических проявлений болезни не более чем через:

- A) 6 ч;
- B) 10 ч;
- C) 12 ч;
- D) 18 ч;
- E) 24 ч.

20. Стадия гипостаза трупных пятен обычно наблюдается при давности наступления смерти не более:

- A) 5-8 ч;
- B) 8-10 ч;
- C) 12-14 ч;
- D) 14-20 ч.

21. Стадия имбибиции трупных пятен обычно формируется по истечении:

- A) 2-4 ч;
- B) 8-10 ч;
- C) 12-18 ч;
- D) 24-30 ч.

22. На степень выраженности мышечного окоченения влияют все факторы, кроме:

- A) степени развития мускулатуры;
- B) причины смерти;
- C) позы человека в момент смерти;
- D) давности наступления смерти.

23. Образование идиомускулярной опухоли в условиях комнатной температуры вызывается при давности наступления смерти не более:

- A) 3-4 ч;
- B) 4-5 ч;
- C) 5-6 ч;
- D) 6-7 ч;
- E) 7-8 ч.

24. Содержимое желудка растительного происхождения попадает после приема пищи в двенадцатиперстную кишку через:

- A) 1-2 ч;
- B) 2-4 ч;
- C) 4-6 ч;
- D) 6-10 ч;
- E) 10-15 ч.

25. Жирное пищевое содержимое желудка попадает после приема пищи в двенадцатиперстную кишку через:

- A) 1-2 ч;
- B) 2-4 ч;
- C) 4-6 ч;
- D) 6-10 ч;
- E) 10-15.

26. К ранним посмертным изменениям относят:

- 1) мышечное окоченение;
- 2) охлаждение трупа;
- 3) трупные пятна;
- 4) аутолиз.

27. Скорость остывания тела зависит от:

- 1) массы тела;
- 2) причины смерти;
- 3) характера одежды;
- 4) позы трупа.

28. На степень выраженности трупных пятен влияет:

- 1) температура окружающей среды;
- 2) причина смерти;
- 3) давность наступления смерти;
- 4) состояние крови.

29. На степень выраженности трупных пятен влияет:

- 1) предшествующее заболевание;
- 2) причина смерти;
- 3) давность наступления смерти;
- 4) влажность окружающего воздуха.

30 Виды психиатрии:

- а) клиническая;
- б) биологическая ;
- в) социальная;
- г) этническая;
- д) пограничная;
- е) судебная;
- ж) криминальная;
- з) детская и подростковая;
- и) наркология;
- к) все, кроме Г;
- л) все, кроме Д;
- м) все, кроме И.

31 Задачами судебной психиатрии являются:

- а) производство судебно-психиатрических экспертиз в уголовном и гражданском процессах;
- б) осуществление принудительного лечения невменяемых и ограниченно вменяемых;
- в) выявление, диагностика и лечение психических расстройств в учреждениях исправительно-наказательной системы;
- г) изучение механизмов криминогенности и виктимности психических расстройств;
- д) разработка методов предупреждения преступлений, совершаемых психически больными;
- е) верно все;
- ж) верно все, кроме д;

5.1.8 Типовые задания (оценочное средство - Тест) для оценки сформированности компетенции ПК-21:

Вопрос состоит из двух утверждений, связанных союзом «ПОТОМУ ЧТО». Сначала определите, верно или неверно каждое из двух утверждений по отдельности, а потом, если оба верны, определите, верна или нет причинно-следственная взаимосвязь между ними.

ВЫБЕРИТЕ:

Ответ	Утверждение 1	Утверждение 2	Связь
A	Верно	Верно	Верна
B	Верно	Верно	Неверна
C	Верно	Неверно	Неверна
D	Неверно	Верно	Неверна
E	Неверно	Неверно	Неверна

1. Дополнительная судебно-медицинская экспертиза всегда проводится другим экспертом, ПОТОМУ ЧТО дополнительная судебно-медицинская экспертиза носит контрольный характер. ннн

2. Дополнительная судебно-медицинская экспертиза всегда проводится другим экспертом, ПОТОМУ ЧТО дополнительная судебно-медицинская экспертиза назначается в случаях сомнения в правильности заключения первичной экспертизы. ннн

3. К участию в повторной судебно-медицинской экспертизе привлекают тех же экспертов, которые проводили первичную экспертизу, ПОТОМУ ЧТО эксперты, проводившие первичную экспертизу, уже знакомы с материалами данного дела .нвн

4. В ходе проведения повторной судебно-медицинской экспертизы комиссия может изменить заключение первичной экспертизы, ПОТОМУ ЧТО к участию в повторной судебно-медицинской экспертизе привлекаются, как правило, более опытные специалисты. НВН

4. Эксперт, входящий в состав судебно-медицинской комиссии, имеет право не подписывать заключение комиссии, ПОТОМУ ЧТО эксперт, входящий в состав судебно-медицинской комиссии, в случае несогласия с выводами комиссии составляет собственное заключение. ВВВ

6. Эксперт не имеет права без соответствующего разрешения разглашать данные предварительного следствия, ПОТОМУ ЧТО разглашение лицом, предупрежденным в установленном законом порядке, данных предварительного следствия без соответствующего разрешения является уголовным преступлением. ВВВ

5.1.9 Типовые задания (оценочное средство - Тест) для оценки сформированности компетенции ПК-22:

Вопрос состоит из двух утверждений, связанных союзом «ПОТОМУ ЧТО». Сначала определите, верно или неверно каждое из двух утверждений по отдельности, а потом, если оба верны, определите, верна или нет причинно-следственная взаимосвязь между ними.

ВЫБЕРИТЕ:

Ответ	Утверждение 1	Утверждение 2	Связь
A	Верно	Верно	Верна
B	Верно	Верно	Неверна
C	Верно	Неверно	Неверна
D	Неверно	Верно	Неверна

Е	Неверно	Неверно	Неверна
---	---------	---------	---------

1. Изъятую с места происшествия кровь следует направлять в лабораторию вместе с образцом предмета-носителя, ПОТОМУ ЧТО в ряде случаев предмет-носитель может оказывать влияние на результат исследования.

2. На основании заявления родственников о насильственном характере смерти потерпевшего эксперт должен провести судебно-медицинское исследование трупа, ПОТОМУ ЧТО заявление родственников о насильственном характере смерти потерпевшего является основанием для вынесения постановления о назначении судебно-медицинской экспертизы.

3. В случаях отсутствия клинического диагноза при смерти в лечебном учреждении необходимо производить судебно-медицинское исследование трупа, ПОТОМУ ЧТО в случаях отсутствия клинического диагноза при смерти в лечебном учреждении необходимо исключить насильственную смерть.

4. При далеко зашедших процессах гниения исследование трупа проводить нецелесообразно, ПОТОМУ ЧТО при далеко зашедших процессах гниения сложно установить причину смерти.

5. При полном разрушении головы вследствие механической травмы исследование органов груди и живота производить нецелесообразно, ПОТОМУ ЧТО при полном разрушении головы причина смерти устанавливается по наружному исследованию.

6. В процессе судебно-медицинского исследования трупа запрещено пользоваться водой, ПОТОМУ ЧТО использование воды в процессе судебно-медицинского исследования трупа может исказить результаты судебно-химического исследования.

7. При невозможности доставить образец жидкой крови в лабораторию в течение суток направляют кровь, высушенную на марле, ПОТОМУ ЧТО высушенная на марле кровь может сохраняться длительное время

5.1.10 Типовые задания (оценочное средство - Тест) для оценки сформированности компетенции ПСК 1.2:

1. Окраска трупных пятен может быть:

- 1) багрово-синюшной;
- 2) розово-красной;
- 3) серовато-коричневой;
- 4) сине-фиолетовой.

2. Розоватая окраска трупных пятен бывает при:

- 1) смерти в результате переохлаждения;
- 2) контакте кожи трупа с холодной влажной поверхностью;
- 3) отравлении оксидом углерода;
- 4) выраженной гнилостной трансформации трупа.

3. Исследование трупных пятен позволяет установить:

- 1) давность наступления смерти;
- 2) вероятную причину смерти;
- 3) особенности рельефа поверхности, на которой лежал труп;
- 4) изменение положения трупа.

4. Судебно-медицинское значение трупных пятен состоит в том, что они:

- 1) являются несомненным доказательством смерти;
- 2) позволяют судить о давности наступления смерти;
- 3) могут ориентировать эксперта в отношении причины смерти;
- 4) в некоторых случаях позволяют судить о позе человека в момент остановки сердца.

5. На степень выраженности мышечного окоченения влияет:

- 1) причина смерти;
- 2) физическое состояние потерпевшего;
- 3) температура окружающей среды;
- 4) давность наступления смерти.

6. Судебно-медицинское значение мышечного окоченения состоит в том, что оно:

- 1) является несомненным доказательством смерти;
- 2) позволяет судить о давности наступления смерти;
- 3) может ориентировать эксперта в отношении причины смерти;
- 4) в некоторых случаях позволяет судить о позе человека в момент остановки сердца.

7. К поздним посмертным изменениям относят:

- 1) гниение;
- 2) мумификацию;
- 3) торфяное «дублирование»;
- 4) аутолиз.

8. К поздним посмертным изменениям относят:

- 1) гниение;
- 2) жировоск;

- 3) мумификацию;
- 4) высыхание.

9. внешним проявлениям гниения относят:

- 1) трупную зелень;
- 2) трупную эмфизему;
- 3) гнилостную венозную сеть;
- 4) уплотнение мягких тканей.

10. Мумификации трупа способствует:

- 1) повышенная температура;
- 2) плохая аэрация;
- 3) сухая пористая почва;
- 4) влажная плотная почва.

11. Образованию жировоска способствует:

- 1) плохая аэрация;
- 2) сухая пористая почва;
- 3) влажная глинистая почва;
- 4) хорошая аэрация.

12. При описании раны в ходе осмотра трупа на месте его обнаружения врач-специалист в области судебной медицины и психиатрии должен отметить:

- 1) размеры и форму раны;
- 2) направление потоков крови;
- 3) состояние концов и краев раны;
- 4) глубину раневого канала.

13. Медицинский критерий невменяемости – это:

- а) наличие психического расстройства;
- б) неспособность понимать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) и руководить ими;
- в) верно А и Б;
- г) оба ответа не верны.

Критерии оценивания (оценочное средство - Тест)

Оценка	Критерии оценивания
превосходно	-
отлично	(90-100)% правильных ответов
очень хорошо	-
хорошо	(70-89)% правильных ответов
удовлетворительно	(50-69)% правильных ответов
неудовлетворительно	менее 49 % правильных ответов
плохо	-

5.1.11 Типовые задания (оценочное средство - Задачи) для оценки сформированности компетенции ОК-8:

Задача № 1

На лестничной площадке 1 этажа жилого дома был обнаружен труп Б. с колото-резаными ранениями груди.

При осмотре, начавшемся в 22 часа этого же дня, установлено: труп лежит на спине в луже крови, повторяющей контуры тела, на ощупь теплый, трупные пятна и трупное окоченение отсутствуют. На трупе одето: свитер, брюки, трусы, носки, кроссовки. На передней поверхности свитера. имеются три повреждения линейной формы с острыми концами и ровными краями, длиной 2 см каждое, расположенные одно над другим, слева от средней линии, причем верхнее повреждение расположено вертикально и от нижнего конца влево под прямым углом отходит дополнительный разрез длиной 3 см, заканчивающийся острым концом. Два других повреждения расположены горизонтально.

Повреждениям на одежде соответствуют три раны на передней поверхности груди слева. Верхняя рана расположена вертикально по левому краю грудины на уровне 4-го ребра, имеет веретенообразную форму, острые концы и ровные края, длиной 2 см при сведенных краях. От нижнего конца влево идет дополнительный разрез длиной 2,5 см, заканчивающийся острым концом. В 5-ом и 6-ом межреберье имеются две линейные раны с ровными краями и острыми концами, расположенные горизонтально по среднеключичной линии, длиной 2 см каждая. Кожа груди вокруг и ниже ран испачкана кровью. Горизонтальные и вертикальные потеки крови имеются на свитере и передней поверхности брюк.

- 1. Используя данные осмотра трупа, установите давность наступления смерти.*
- 2. Возможно ли причинение повреждений собственной рукой потерпевшего?*
- 3. Перемещали ли труп после наступления смерти или нет?*

4. Можно ли высказаться о взаимном расположении жертвы и нападавшего и менялось ли оно в процессе нанесения повреждений?

5. Укажите используемые при осмотре трупа тактические приемы.

Задача № 2

Студентам предлагается ознакомиться с материалами экспертизы (вариант приведен ниже), после чего ответить (устно или письменно) на один из представленных вариантов вопросов по теме.

Вариант 1.

Сформулируйте основной вопрос, который следует поставить перед экспертом-психиатром при назначении судебно-психиатрической экспертизы.

Вариант 2.

Какие статьи УК РФ и УПК РФ являются юридическим основанием для назначения судебно-психиатрической экспертизы в данном случае?

Вариант 3.

Являются ли результаты проведенного психиатрического исследования доказательствами?

Материалы экспертизы.

Из материалов гражданского дела и медицинских документов известно, что Т.Т.В., 1936 г. рождения, проживала в 1/2 домовладения, доставшегося ей в результате сделки дарения от матери (договор дарения N 1-386 от 18.02.75) (исковое заявление, л.д. 3-6 и 12). После смерти матери Т.Т.В. осталась жить одна и родственники продолжали помогать ей в поддержании жилого дома, подсобных строений и земельного участка, поддерживали с сестрой родственные отношения (исковое заявление, л.д. 3-6). В 1994 г. Т.М.В. познакомилась с Н.Т.М. С 1996 г. периодически Т.Т.В. обращалась к Н.Т.М. с просьбами бытового характера, бывала у нее в гостях. Н.Т.М. показала (л.д. 36-38), что в 1996 г. не замечала у Т.Т.В. психических отклонений. Известно, что родители Т.Т.В. умерли от атеросклероза и гипертонической болезни: отец умер 03.07.72 в возрасте 68 лет от общего атеросклероза с гипертонической болезнью III стадии, осложнившейся гемипарезом (неполный паралич вследствие инсульта – кровоизлияния в головной мозг – эксперты) (л.д. 13 - свидетельство о его смерти), мать умерла 21.04.81 в возрасте 74 лет от кардиосклероза атеросклеротического (люди. 14), ее родной брат страдает сахарным диабетом (показания истца, л.д. 33-36). Родилась второй из четырех детей. Сведений о раннем развитии, образовании и трудовой деятельности нет. Из амбулаторной карты установлено, что в марте 1994 г. у Т.Т.В. был обнаружен «сахарный диабет, 2 ст.». 2-го августа того же года в амбулаторной карте описываются головокружения, слабость и дополнительно к сахарному диабету устанавливается диагноз «церебросклероз» (склеротическое поражение сосудов головного мозга – эксперты) В последующем многократными записями в амбулаторной карте диабет 2-ой степени, средне-тяжелая форма и сосудистое поражение мозга подтверждаются (записи от 08.08.94, 27.10.94, 15.11.94, 18.06.95). Во всех медицинских записях фиксируются как признаки диабета, так и сосудистого поражения головного мозга (головокружения, слабость, а 15.11.94 и агрессивность). В связи с этим с этого времени и уже

до конца жизни ей назначались препараты как от диабета, так и от поражения сосудов мозга. Несмотря на постоянный прием антидиабетических препаратов с октября 1994 г. по июнь 1995 г. анализы крови оставались неблагоприятными: глюкоза в крови доходила до 17,2 – 19,3 ммоль/л (верхняя граница нормы 5,5 ммоль/л), а в моче - до 15-35 г/л. (в норме должна отсутствовать), что клинически и лабораторно позволяло врачу квалифицировать форму диабета как декомпенсированную, а течение – как тяжелое (амбулаторная карта). С начала 1995 г. Т.Т.В. неоднократно предлагалась госпитализация в стационар, однако она от госпитализации отказывалась. В записи от 06.04.95 для ее лечения предлагается перейти на инъекции инсулина. В июне 1995 г. (запись от 18.06.95) был выставлен диагноз: сахарный диабет, инсулинзависимая форма, декомпенсация. В октябре 1995 г. при осмотре глазного дна врач-окулист обнаруживает сужение артерий глазного дна, а через семь месяцев при повторном осмотре (май 1996 г.) фиксируется отрицательная динамика (ухудшение) - обнаруживается резкое сужение артерий глазного дна и устанавливается диагноз «ангиопатия сосудов сетчатки глаза. До ноября 1995 г. Т.Т.В. получала 20 единиц инсулина, затем доза была повышена до 24 единиц. Несмотря на регулярное лечение, состояние не улучшалось: глюкоза в крови продолжала колебаться до 13 ммоль/л, сохранялись жалобы на головокружение, слабость, сухость во рту, жажду, отмечалось повышение АД (кровяного давления) до 150/80 мм рт.ст. С лета 1996 г. доза инсулина была повышена до 28 единиц. В августе 1996 г. Т.Т.В. в результате осмотра ЛОР-врача был установлен диагноз: возрастная тугоухость. В августе 1997 г. на фоне повышения АД до 160/90 мм рт. ст. у Т.Т.В. появились отеки нижних конечностей. 27.11.97 г. у Т.Т.В. внезапно появилась слабость в левых конечностях, речь стала затрудненной, она упала. Была осмотрена специалистами, которые диагностировали «гипертоническую болезнь 3 стадии (наиболее тяжелую форму - эксперты), острое нарушение мозгового кровообращения в бассейне правой средней мозговой артерии, левосторонний гемипарез (частичный паралич руки и ноги с левой стороны - эксперты). Признаки неполного паралича сохранялись еще в декабре 1997 г., что было зафиксировано невропатологом в амбулаторной карте. В последующем, несмотря на прием сосудорасширяющих и сердечных препаратов, сохранялось стойкое повышение кровяного давления (180-170/110-100 мм рт.ст.). В январе 1998 г. у Т.Т.В. в полости малого таза была обнаружена опухоль, в связи с чем она была госпитализирована в хирургическое отделение городского онкологического диспансера, где находилась с 12.01.98 г. по 06.02.98 (история болезни 9027/97). 14.01.98 ей была проведена операция пангистерэктомии (удаление матки с придатками - эксперты) по поводу «злокачественной опухоли Бреннера в левом яичнике с метастазами в правую маточную трубу и в большой сальник» (гистологический анализ 2761-86 от 15.01.98.). 24.01.98 г. ей была начата химиотерапия (история болезни и акт СПЭ). 02.02.98 лечащий врач отметил (история болезни 9027/97): «Состояние средней тяжести, заторможена, в обстановке ориентируется плохо. Возбуждена. В анализе крови обнаружена мочеви́на 11,7 ммоль/л, назначена дезинтоксикационная терапия». В дневнике от 5.02.98 той же истории болезни врач записал, что состояние больной остается средней тяжести, то возбуждена, то заторможена, отказывается от лечения, считает, что ее хотят отравить, в контакт вступает плохо. Она лежала в постели, никого не узнавала (из показаний Х.М.В., л.д. 33-36). Была назначена консультация психиатра. На следующий день, 6.02.98, Т.Т.В. была осмотрена психиатром, который выявил, что «речевой контакт затруднен. В собственной личности ориентирована частично, в месте и времени не ориентирована. Наблюдается психомоторное возбуждение в пределах постели». Отказывается от еды, от приема медицинских препаратов, так как считает, что ее хотят отравить. Считает, что ее

«неправильно лечат, кормят». Болезненное состояние диагностировано как «Соматогенный психоз, синдром параноидный (бредовой – эксперты)». Психиатр рекомендовал после выписки из онкодиспансера обратиться к районному психиатру в связи с необходимостью стационарного лечения в психиатрической больнице. «Выписана по настоянию родственников» (запись в истории болезни), однако Н.Т.М. этот факт отрицает и заявляет, что «разговора о том, чтобы положить Т.Т.В. в психиатрическую больницу не было» (л.д. 36). Выписана была Т.Т.В. из онкодиспансера с диагнозом: основным - : «злокачественная опухоль яичников, стадия 3, клиническая группа 2», сопутствующими - – хроническая ишемическая болезнь сердца; гипертоническая болезнь 2-б степени; сахарный диабет. Осложнение - соматогенный психоз». Врач-психиатр Ростовского облпсихдиспансера Б.К.И, допрошенный в суде в качестве свидетеля показал (л.д. 46-47), что именно он консультировал Т.Т.В. в онкологическом диспансере. Она не отвечала на вопросы адекватно. Он диагностировал психоз, что означает то, что человек не отдает отчета своим действиям. Соматогенный – вызванный чем-то. Параноидный синдром, который он ей установил, означает наличие у нее на тот период бреда – (болезненных – эксперты) суждений, не поддающихся коррекции. Он рекомендовал ей специальное лечение. Однако она к психиатру не обращалась. В заключении экспертов ОПД значится, что после выписки из онкологического диспансера Т.Т.В. к райпсихиатру не обращалась, в психиатрическую больницу не стационарировалась, участковыми терапевтом и онкологом не наблюдалась. Однако, в амбулаторной карте за 03.09.98 сделана запись участкового терапевта: «Н/д (что означает – осмотр врачом «на дому», зафиксирован диагноз «гипертоническая болезнь II стадии, ей выписан номерной бесплатный рецепт). После этого в амбулаторной карте перерыв записей до 17 июня 1998 года, когда делается очередная запись уже после ее выписки из БСМП-2, где она находилась в период с 11 по 16 июня 1998 г. Учитывая, что все предыдущие 17 июня 1998 и все последующие записи врача выполнялись аккуратно не реже 1-го раза в месяц, производились врачом на дому при осмотре Т.Т.В., что ее состояние после выписки требовало систематического наблюдения, которое продолжалось после записи от 17 июня 1998 (уже после подписания завещания), учитывая, что врач Г.Л.Н. в суде показала (л.д. 41-42), что после операции, она посещала ее на дому. Состояние л.д. 63 позволяет предположить о его повторной подклейке, а сведения о том, наблюдалась ли Т.Т.В. после выписки или не наблюдалась, являются значимыми для экспертов. В этой ситуации считаю необходимым исключить возможность работы экспертов с подложным документом, из которого изъят ряд листов. Для этого прошу суд назначить соответствующую экспертизу. Тем паче, что врач Г.Л.Н. в суде показала (л.д. 41-42), что она посещала Т.Т.В. на дому и та не всегда узнавала врача, «отвечала невпопад» (л.д. 42). Врач пояснила, что Т.Т.В. выписали досрочно в связи с тем, что она себя «плохо вела», после инсульта Т.Т.В. «стала хуже» (л.д. 42). Ей делались уколы. Из показаний Хлюстовой М.В. (л.д. 33-36) следует, что в феврале 1998 г. ТТВ была нервной, возбужденной, крикливой. Из показаний Т.А.В. (л.д.31-33): будучи допрошенным в суде рассказал, что Т.Т.В. после выписки была очень «раздражительна, боялась совершенно всего, иногда двери не открывала, когда (к ней) приходили Бывало не узнавала родственников. ... могла что-то попросить, а потом забывала о просьбе». Также Т.Т.В. проявляла «вредность характера», которая после операции значительно усугубилась. Свидетель С.Н.В. (л.д. 51-52) показала, что была у Т.Т.В. в июне 1998 г. и та «плохо себя чувствовала». Из медицинской карты N 2021/811 БСМП-2 следует, что заболевание у Т.Т.В. внезапно обострилось 10-го июня 1998 г. Со слов доставившей ее «дочери», в медицинскую карту при поступлении врачом записано, что 10.06.98 она потеряла сознание, появилась слабость в левой

руке и ноге, речь стала невнятной. В стационар она была доставлена Н.Т.М. на личном транспорте лишь вечером следующего дня (исковое заявление, л.д. 3-6). В стационар она поступила 11.06.98 в 21.04 по экстренным показаниям с признаками нарушения мозгового кровообращения (медицинская карта N 2021/811 и показания врача, принимавшего Т.Т.В. в момент госпитализации в БСМП, - л.д. 44-45). При поступлении состояние Т.Т.В. было квалифицировано как тяжелое, была пассивной, с бледными кожными покровами и слизистыми, АД=150/90, нервно-психическое состояние описывалось как затрудненный контакт, некоторая заторможенность, невнятность речи (запись принимавшего ее дежурного врача). Диагноз на момент поступления был установлен: «Гипертоническая болезнь III стадии, ишемическая болезнь сердца, нарушение ритма по типу экстрасистолии, сахарный диабет II типа, острое нарушение мозгового кровообращения». Т.Т.В. была помещена в отделение (показания третьего лица Б.А.В. (л.д. 39-40). В ту же ночь в палате на койке Т.Т.В. подписала оспариваемое завещание (показания третьего лица Б.А.В. (л.д. 39-40). Согласно показаниям последнего, он знал о том, что на момент подписания завещания у нее был гипертонический криз и нарушение мозгового кровообращения, но посчитал, что кровяное давление в 150/90 является небольшим скачком давления в ее возрасте. Сообщил, что она рассказала ему о том, что чувствовала себя плохо и теряла сознание, четко и ясно отвечала на все вопросы, расписалась, вела себя совершенно адекватно. Однако, Б.А.В. показал (л.д. 40), что его «не беспокоит, что она психически больна», так как «вела себя совершенно адекватно». Он же дал суду пояснения о том, что для установления «диагноза психически ненормального человека необходим консилиум трех врачей» (что грубо противоречит Закону РФ о психиатрической помощи и правах граждан при ее оказании), и о том, что консультация психиатра не говорит о нарушении» (л.д. 40). В акте СПЭ, проведенной комиссией Ростовского облпсихдиспансера записано, что «12.06.98 ТТ.В. была проконсультирована невропатологом, который установил диагноз "Ишемический инсульт в правой средней мозговой артерии". Невропатологом отмечено, что "контакт с больной затруднен из-за тугоухости пациентки, сознание ясное". Было назначено соответствующее лечение. До 15.06.98 по записям в истории болезни №20218\811 дежурных врачей состояние больной было "стабильное, сознание и соматический статус без существенной динамики"». Однако, ознакомление с подлинником истории болезни №20218\811 обнаруживает, что 12.06.98 в 7.00 после капельного внутривенного введения раствора ницерголина в дозе 0,004 терапевт фиксирует у нее АД=140/85, а через несколько часов АД=200/110 и отек левой кисти, голени и стопы, а невропатолог фиксирует у Т.Т.В. «левостороннюю гемиплегию (полный левосторонний паралич), гемигипестезию (нарушение чувствительности левой половины тела) и гематому затылочной области диаметром 3.0 см (кровоизлияние под кожу головы, полученное вследствие удара), диагностирует «ишемический инсульт в правой средней мозговой артерии» и назначает консультацию нейрохирурга. Несмотря на проводимую интенсивную терапию кровяное давление у Т.Т.В. держалось на высоких цифрах (200-180-170-160/110-100-95-80). 15.06.98 ее состояние обозначается как тяжелое, подтверждается левосторонний полный паралич («в левой ноге и руке движения отсутствуют»). Фиксируется снижение памяти. В тот же вечер (запись дежурного врача в 20.00) на АД 170/100 Т.Т.В. становится неадекватной, исчезает ориентировка в месте и пространстве, возникает двигательное возбуждение, она ложится в коридоре, там же мочится. На следующее утро 16.06.98 в 11.00 Т.Т.В. была осмотрена психиатром: «продуктивный контакт затруднен из-за тугоухости и нарушений речи. Больная заторможена (после седативных препаратов). Со слов медперсонала - двигательное (нецеленаправленное) возбуждение в вечерне-ночное время.

Больная неопрятна мочой и калом». Психиатр установила диагноз: "Дисциркуляторная энцефалопатия (повреждение головного мозга вследствие сосудистого поражения – эксперт ЛРНЦ. Заключение экспертов ОПД о том, что это состояние после острого нарушения мозгового кровообращения не соответствует действительности, так как первые признаки энцефалопатии появились у Т.Т.В. уже в 1995 году задолго до острых нарушений мозгового кровообращения), состояние после острого нарушения мозгового кровообращения. Постинсультная асемическая деменция (слабоумие как результат инсульта) с психомоторным возбуждением». Был рекомендован индивидуальный пост (наблюдения) (из акта СПЭ). На следующий день, 16.06.98, Т.Т.В. была осмотрена эндокринологом, который внес запись «больная в контакт не вступает, сбор анамнеза невозможен». В судебном заседании психиатр И.Н.В. показала (л.д. 43), что вызывалась в отделение 2 раза, так как у Т.Т.В. развивалось психомоторное возбуждение. Оценивая ее поведение в больнице, заключила, что своим поведением Т.Т.В. руководить не могла. В тот же день 16.06.98 осматривается заведующим кардиологическим отделением, который пишет, что «сохраняются явления энцефалопатии, обусловленные атеросклерозом и ишемическим инсультом». В связи с неадекватностью поведения и невозможностью коррекции (психического состояния) транквилизаторами и антидепрессантами больная была выписана домой «под наблюдение участкового психиатра и невропатолога» в 22.00. Свидетельствуя в суде, врач М.С.Л. показал (л.д. 44), что на момент поступления у Т.Т.В. были признаки нарушения мозгового кровообращения, что определялось и визуально, и по жалобам, диагноз высказывался несколькими врачами. Он сам лично с ней беседовал. Выписал ее, потому что слышал, что она собирается выброситься из окна 12 этажа. Сказал, что «обычно таких больных отправляют к психиатру, но сначала ее надо (было) вылечить. Психиатр назначила индивидуальный (наблюдательный) пост. Она была выписана в связи с отсутствием в отделении транквилизаторов (препаратов для лечения психических расстройств), которые были ей прописаны (л.д.44-45). Ответчица тут же пояснила (л.д. 44), что «не верила в то, что Т.Т.В. может выброситься», она лишь хотела «походить по двору, подышать свежим воздухом.». Поэтому Н.Т.М. и забрала ее. После выписки из стационара к Т.Т.В., в соответствии с рекомендациями специалистов, ни психиатр, ни невропатолог не приглашались, хотя ряд свидетелей показали, что она продолжала вести себя неправильно. Так, свидетель В.Т.Г., (л.д. 47), показала, что заходила как соседка к Т.Т.В. в неделю раза два. В июне - июле 1998 г. Т.Т.В. «то плакала, то смеялась, у нее было состояние депрессии, то (говорила), что кто-то идет, то, что все хотят убить (ее). И раньше замечала, что она чего-то боялась, говорила, что кто-то ходит, дверью хлопает, но слышать не могла. В июне 1998 г., когда Т.Т.В. отвезли в БСМП, у нее было странное поведение, рассеянное внимание. За собой ухаживать совсем не могла. Рассказывать не могла, может быть понимала, что говорят, а может быть и нет (л.д. 48). После больницы она не могла за собой ухаживать». В записях врача в амбулаторной карте от 17.06.98, 23.06.98 указываются жалобы на головную боль, головокружение, слабость, шум в голове, плохой сон, запоры. 07.07.98 на дому врач фиксирует ухудшение состояния больной, а через неделю, 14-го июля 1998 года пишет «Посетить больную не было возможности. т.к. калитка заперта, на звонки никто не вышел», а следующая запись от 29.07.98 записано, что Т.Т.В. умерла в 9.00 утра без признаков насильственной смерти.

Таким образом, отвечая на поставленный судом вопрос, эксперт обращает внимание на следующее: по обеим линиям (мать, отец, родной брат) наследственная отягощенность атеросклерозом, гипертонической болезнью, которые протекали в тяжелых формах с такими осложнениями, как инсульт и паралич. Именно эти сосудистые болезни привели и мать, и отца

к смерти. Наследственная предрасположенность к сосудистым заболеваниям подтверждается признаками антеципации (у последующих поколений болезнь начинается раньше и протекает более тяжело). В частности, младший брат Т.Т.В. умер в более раннем возрасте, чем родители, а она сама заболела в 58 лет сахарным диабетом, сразу в тяжелой декомпенсированной форме (2 стадия). В пользу особой тяжести болезни свидетельствует тот факт, что с марта по ноябрь 1994 г. на фоне приема сахаропонижающих препаратов сахар крови стабильно удерживался на высоком уровне (12,2-21,4), сохранялись клинические проявления болезни, возникли осложнения сахарного диабета (фурункулы, гнойники). Фактически одновременно с сахарным диабетом возникли признаки сосудистого поражения головного мозга (головокружение, слабость), что было зафиксировано уже в 1994 году – Т.Т.В. установили диагноз: сахарный диабет, церебросклероз (сосудистое поражение головного мозга). В дальнейшем этот диагноз ни разу не подвергался сомнению и пересмотру. Оба заболевания приняли быстро прогрессирующий характер: прием сахаропонижающих препаратов не давал эффекта, уровень сахара в крови рос, глюкоза появилась и в моче (до 35, в норме - в моче глюкозы не должно быть). Неоднократно отмечалась декомпенсация сахарного диабета. Форма диабета вскоре стала инсулинзависимой, что свидетельствует о значительном утяжелении болезни. Прогрессирование сосудистого заболевания – гипертонической болезни - проявлялось в том, что, несмотря на прием сосудорасширяющих и сердечных препаратов, артериальное давление последовательно повышалось (160/90 - 180/110 - 220/110 мм рт.ст.), а также в том, что гипертоническая болезнь уже через 2 года приобрела кризовое течение (что является неблагоприятным вариантом ее развития). Уже на третий год заболевания, осенью 1997 г., на фоне очередного сосудистого криза как наиболее частый вариант осложнения сочетания сахарного диабета и гипертонической болезни развилась сосудистая внутричерепная катастрофа – инсульт, проявившийся неполным параличом (гемипарезом) левых конечностей. В это же время у Т.Т.В., диагностирована уже не 2, а 3 (самая тяжелая) стадия гипертонической болезни. В 64 г. у Т.Т.В. обнаружена злокачественная опухоль яичника с метастазами, по поводу чего ей была проведена тяжелая хирургическая операция и вскоре начата химиотерапия. В этот период к сахарному диабету и гипертонической болезни присоединилась интоксикация, связанная с опухолью, операцией и лечением, и у больной остро возник психоз, проявляющийся бредом отравления и сопровождающим его бредовым поведением (отказ от еды, лечения в связи с убеждением в травле). Психиатр справедливо диагностировал параноидный (бредовой) синдром и отметил у Т.Т.В. нарушение ориентировки. В состоянии психоза с диагнозом "соматогенный психоз" Т.Т.В. и была выписана. Так как соматическая болезнь у Т.Т.В. не исчезла, а даже прогрессировала, у нее сохранялись и признаки параноидного состояния соматогенного происхождения: нервозность, возбужденность, крикливость, «не открывала двери», «всега боялась». Через несколько месяцев (10 июня 1998 г.) на фоне очередного криза гипертонической болезни у нее остро развился повторный тяжелый инсульт (кровоизлияние в мозг): она потеряла сознание (что говорит об особой тяжести мозгового осложнения) и упала, ударившись головой (в истории болезни зафиксирована крупная подкожная гематома волосистой части головы). О том, что инсульт возник еще 10-го свидетельствует запись в медицинской карте N2021/811, сделанной в момент приема – «10.06.98 она потеряла сознание, появилась слабость в левой руке и ноге, речь стала невнятной» и показания М.С.Л., принимавшего Т.Т.В. в момент госпитализации в БСМП-2 (л.д. 44-45). Почти сутки она находилась дома и только к исходу следующего дня была доставлена Н.Т.М. в БСМП-2. Согласно истории болезни госпитализирована по экстренным

(следовательно, угрожающим жизни) показаниям в ночное время, что подчеркивает особую тяжесть болезни. При поступлении состояние Т.Т.В. квалифицируется принимающими врачами БСМП-2 как «тяжелое». Тяжелым состояние оставалось на протяжении всех дней ее пребывания в стационаре, о чем свидетельствует ее режим – она наблюдалась дежурными врачами 2-3 раза в день, исследования, включая аппаратные (ЭКГ) ей выполнялись на месте. Артериальное давление АД=150/90, намного более низкое, чем ее постоянное, не является свидетельством «хорошего состояния», а, наоборот, свидетельствует об особой тяжести болезни и острой фазе инсульта, для которой как раз характерно падение давления. Именно поэтому на следующий день после госпитализации на фоне сосудорасширяющей интенсивной терапии оно вновь «подскочило» у нее до 200/110. С трактовкой тяжести состояния и характером болезни (повторное кровоизлияние в мозг) совпадает и описание ее внешнего вида («бледные кожные покровы и слизистые» – характерный вид гипертоника с острой фазой кровоизлияния в мозг и упавшим давлением) и нервно-психического состояния – «затрудненный контакт, некоторая заторможенность, невнятная речь» (запись принимавшего ее дежурного врача), что является характерными признаками для оглушенности – непароксизмального выключения сознания, типичного, полностью соответствующего характеру болезни (острая фаза инсульта) и ее локализации в моторную (управляющую движениями конечностей – рук и ног) зону головного мозга. Этому (локализации и особой тяжести) полностью соответствует зафиксированная специалистом-невропатологом на следующий день гемиплегия - полный паралич руки и ноги на левой стороне тела. Таким образом, Т.Т.В. была доставлена в БСМП-2 ночью 11-го июня 1998 года в острой фазе повторного инсульта (кровоизлияния в мозг) в бассейне кровоснабжения мозга правой средней мозговой артерией, что проявлялось состоянием нарушенного сознания и левосторонним параличом руки и ноги слева и соответствовало «тяжелому», опасному для жизни больной состоянию, зафиксированному принимавшими ее врачами. Именно в этом тяжелом, угрожающем жизни состоянии, в состоянии оглушения - нарушенного сознания, в ночное время (для ее болезни характерна суточная динамика болезни в виде ухудшения состояния в вечерне-ночное время) она и совершила оспариваемую сделку. Последующее развитие болезни (катамнез) соответствовало установленному диагнозу, характеру заболевания, его тяжести и осложнениям: подтверждалась левосторонняя гемиплегия (полный паралич левой половины тела), а по мере прояснения сознания выявилось постинсультное слабоумие (асемическая деменция), как следствие грубо-органического сосудистого поражения мозга, зафиксированное в больнице, как "дисциркуляторная (в результате нарушения мозгового кровообращения) энцефалопатия (невоспалительное поражение головного мозга)". Нелепое поведение Т.Т.В., неопрятность калом и мочой, сделали невозможным ее пребывание в соматическом стационаре и она была выписана домой в неоправданно короткий для ее болезни срок, на фоне тяжелых острых проявлений тяжелой болезни не по медицинским показаниям (не в связи с улучшением ее болезни), а по социальным – из-за невозможности обеспечить ей специальное наблюдение (пост), рекомендованное психиатром как раз из-за грубо дезорганизованного и нелепого поведения. О тяжести болезни говорит и тот факт, что через некоторое время эта болезнь и привела ее к смерти (27.07.98, без признаков насильственной смерти). Все это позволяет считать, что на момент оспариваемой сделки - подписания завещания в БСМП-2 через несколько часов после госпитализации по жизненным показаниям, находясь в тяжелом общем состоянии ночью 11-го июня 1998 года Т.Т.В. была в состоянии оглушения (нарушенного сознания), возникшего в острой фазе повторного инсульта. Повторные инсульты в бассейне

правой средней мозговой артерии, проявившиеся левосторонней гемиплегией и гемигипостезией, являются осложнением основного заболевания, которым страдала подэкспертная, - гипертонической болезни, 3 стадии с кризовым течением, с формированием выраженной дисциркуляторной энцефалопатии и последовательной сменой параноидного синдрома асемической деменцией (после повторного инсульта). Этот диагноз соответствует комбинированному шифру: шифр «I64 – инсульт» (согласно раздела “Кодирование заболеваний, при которых могут возникнуть психические расстройства” МКБ - 10 (Международная классификация болезней 10-го пересмотра, действующая на территории России с 1998 г.) и шифр «F06.811 – другие психотические расстройства, обусловленные повреждением головного мозга в связи с сосудистым заболеванием головного мозга» (нарушения сознания относятся к наиболее тяжелым психическим расстройствам и по степени своей тяжести соответствуют психотической симптоматике). Сопутствующее заболевание: сахарный диабет, инсулинзависимая форма, в стадии декомпенсации. В момент заключения сделки находилась в оглушении - состоянии нарушенного сознания. В силу оглушения в момент заключения сделки в ночное время 11 июня 1998г. не могла понимать значения своих действий, прогнозировать их последствия, не могла ими руководить. Болезненное состояние Т.Т.В. подтверждается объективным исследованием - почерковедческим, выполненным в Центральной Северо-Кавказской лаборатории судебной экспертизы. Согласно заключению эксперта В.Л.В., подпись Т.Т.В. под завещанием от 11 июня 1998 г., расположенная в строке «подпись», выполнена самой Т.Т.В. в необычном болезненном состоянии, что соответствует диагнозу «острое нарушение мозгового кровообращения».

ВЫВОД

На момент заключения оспариваемой сделки - подписания завещания в БСМП-2 вскоре после госпитализации по жизненным показаниям, находясь в тяжелом общем состоянии, ночью 11-го июня 1998 года Т.Т.В. находилась в болезненном психопатологическом состоянии - в состоянии оглушения (нарушенного сознания), возникшего в острой фазе повторного инсульта.

В момент подписания завещания (в ночное время 11 июня 1998 г.) Т.Т.В. находилась в состоянии нарушенного сознания – оглушении, в силу чего не могла понимать значения своих действий, их правовой характер, прогнозировать их последствия, не могла ими руководить.

проведите оценку выводов экспертного заключения с точки зрения достаточности собранных доказательств по делу

Задача № 3

Труп 39-летней У. был обнаружен в ее бане утром.

Осмотром установлено: труп обнаженной женщины лежит на полу, лицом вниз. Волосы на голове влажные. Трупные пятна ярко-розового цвета, расположены на лице и передних поверхностях туловища. Слизистая губ ярко-розовая. Лицо слегка отечно, рот полуоткрыт, на подбородке следы рвотных масс.

При судебно-медицинском исследовании трупа отмечено: мягкие ткани головы розовые. В них, соответственно средине на коже лба, кровоизлияние ярко-красного цвета, размерами 2,2х3 см. Кости свода и основания черепа целы. Вещество головного мозга полнокровно, с

резким запахом этилового алкоголя, из пересеченных сосудов выступают крупные капли алой крови.

В полостях сердца - жидкая, ярко-красная кровь. Под эпикардом и висцеральной плеврой В легких - точечные, ярко-красные кровоизлияния. Во внутренних органах болезненных изменений не выявлено, отмечены лишь выраженное полнокровие и розово-красная окраска.

При судебно - токсикологическом исследовании в крови трупа найдено 1,9‰ этилового алкоголя, в моче – 2,8‰ алкоголя. В крови трупа обнаружено 62% карбоксигемоглобина.

1. *Выскажите суждение о причине смерти.*

Задача № 4

При исследовании трупа младенца мужского пола, извлеченного в бумажном мешке из мусорного ящика установлено, что масса его г., длина см. Кожа трупа розовато-красная с помарками крови и серовато-белого вещества (сыровидной смазки). Головка 35 см в окружности, имеет опухоловидное утолщение кожи в теменной области.

На животе на середине между мечевидным отростком грудины и лобком пупочное кольцо с пуповиной 13,5 см длиной. Пуповина сочная, влажная, без признаков подсыхания и демаркации, косо оборванная. Легкие выполняют плевральную полость. При проведении плавательной пробы плавают как вместе с органокомплексом, так долями и кусочками.

1. *Является ли младенец новорожденным?*
2. *Является ли младенец живорожденным?*

Задача № 5

При исследовании трупа младенца мужского пола установлено, что его масса г, длина 48 см, ядро окостенения в нижнем эпифизе бедренной кости 0,5 см (ядро Бекляра), окружность головки 35 см, груди 33 см, пупочное кольцо на середине расстояния между лобком и краем грудины, от него отходит сочная влажная пуповина без признаков демаркации длиной 15 см с косо оборванным концом. Кожа испачкана помарками крови и сыровидной смазкой. Яички в мошонке. Ногти на пальцах рук выступают за кончики пальцев, на пальцах ног - доходят до кончиков пальцев. Легочная и желудочно-кишечная плавательные пробы положительные. При гистологическом исследовании легкие имеют расправленные воздушные альвеолы, бронхиолы и бронхи.

1. *Является ли младенец новорожденным?*
2. *Является ли младенец доношенным?*

5.1.12 Типовые задания (оценочное средство - Задачи) для оценки сформированности компетенции ПК-10:

Задача № 1

При судебно-медицинском исследовании трупа в затылочной области головы обнаружена ссадина неправильной прямоугольной формы коричневого цвета и пергаментной плотности размерами 7х6 см с ушибленной раной в центре. Рана неправильной звездчатой формы с крупно-зубчатыми краями, закругленными концами. Соответственно ране в мягких тканях затылочной области головы имеется блестящее темно-красного цвета кровоизлияние размерами 7х6 см, толщиной 0,5 см. Кости черепа целы. В затылочной области головы обнаружена внутримозговая (субдуральная) гематома, состоящая из жидкой крови объемом 30 мл. Под мягкими мозговыми оболочками и в веществе мозга затылочных долей выявлены очаговые блестящие темно-красного цвета кровоизлияния. Такого же характера кровоизлияния, но значительно больших размеров, обнаружены под мягкими мозговыми оболочками и в веществе мозга по передней и нижней поверхности лобных долей. Других повреждений на теле и патологических изменений внутренних органов не выявлено.

- 1. По морфологическим особенностям ушибленной раны установите свойства удаляющей поверхности тупого предмета.*
- 2. Выскажите обоснованное суждение о механизме травмы.*
- 3. Укажите используемые при осмотре трупа тактические приемы.*
- 4. Какие статьи УК РФ и УПК РФ являются юридическим основанием для назначения судебно-медицинской экспертизы в данном случае?*
- 5. Являются ли результаты проведенного специалистом исследования доказательствами?*

Задача № 2

При судебно-медицинском исследовании трупа Т. обнаружено две огнестрельных раны головы. Первая рана локализуется в области переносицы, имеет неправильную звездчатую форму размерами 1,2х1,3 см с дефектом в центре раны диаметром 0,9 см.

Вторая рана расположена в затылочной области, на 1 см ниже затылочного бугра, имеет круглую форму диаметром 1,0 см. На затылочной кости обнаружен дырчатый дефект диаметром на наружной костной пластинке 1,2 см и на внутренней-1,0 см.

Обе раны соединены общим раневым каналом, по ходу которого повреждены тело клиновидной кости и скат турецкого седла, где имеется дырчатый дефект цилиндрической формы диаметром 1,2 см с крупно-зубчатыми краями; ствол мозга и мозжечок. В раневом канале наблюдается отложение копоти серого цвета.

На лице широкие горизонтальные полосы подсохшей крови. Волосистая часть головы испачкана кровью. На передней поверхности рубашки и брюк имеются единичные вертикально вытянутые полосы крови.

- 1. Определите характер ранения.*
- 2. Установите дистанцию выстрела.*

3. *Выскажите обоснованное суждение о возможности причинения повреждения собственной рукой.*

4. *В каком направлении был произведен выстрел?*

5. *Укажите используемые при осмотре трупа тактические приемы.*

6. *Какие статьи УК РФ и УПК РФ являются юридическим основанием для назначения судебно-медицинской экспертизы в данном случае?*

7. *Являются ли результаты проведенного специалистом исследования доказательствами?*

Задача № 3

Труп гр-на П. был обнаружен в служебном кабинете на полу. Рядом с телом находился пистолет ПМ (пистолет Макарова).

При судебно-медицинском исследовании трупа установлено: майка и рубашка обильно испачканы кровью, в верхних отделах одежды кровь располагается в виде потеков, направленных сверху вниз. Кожные покровы в области лица, шеи, передней поверхности груди, левого плеча также покрыты засохшей кровью. На тыльной поверхности правой кисти следы крови также имеют вид узких продольно вытянутых полосок.

В правой височной области головы имеется рана трехлучевой формы с длиной разрывов 1,0; 1,2; и 1,5 см с дефектом ткани округлой формы в центре раны диаметром 0,8 см. Видимая часть раны покрыта серым налетом.

На левой щеке также имеется рана щелевидной формы длиной 1,8 см. В просвете ее различаются костные осколки и размозженные мягкие ткани.

Раневой канал проходит через височную долю и основание мозга. Отверстие в чешуе правой височной кости округлой формы диаметром 0,9 см, внутренняя костная пластинка по краям дефекта сколота на ширину 0,4 см.

При осмотре огнестрельного оружия – пистолета системы Макарова, обнаруженного на месте происшествия и представленного на экспертизу, отмечено: в начальной части канала ствола, в области дульного среза – пятна, похожие на кровь, два засохших кусочка, по внешнему виду похожие на мозговую ткань.

1. *Определите характер ранения.*

2. *Установите дистанцию выстрела.*

3. *Выскажите обоснованное суждение о возможности причинения повреждения собственной рукой.*

4. *Укажите используемые при осмотре трупа тактические приемы.*

5. *Какие статьи УК РФ и УПК РФ являются юридическим основанием для назначения судебно-медицинской экспертизы в данном случае?*

6. *Являются ли результаты проведенного специалистом исследования доказательствами?*

Задача № 4

Студентам предлагается ознакомиться с материалами экспертизы (вариант приведен ниже), после чего ответить (устно или письменно) на вопросы по теме.

1. *Какие общенаучные, частнонаучные и специальные методы использованы при производстве экспертизы?*

Материалы экспертизы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

комиссионной посмертной судебно-психиатрической экспертизы по делу об установлении факта родственных отношений и признании завещания Т.Т.В. недействительным.

Комиссионная посмертная судебно-психиатрическая экспертиза произведена согласно определения судьи ... от 19 сентября 2001 года) комиссией в составе: ...

Перед экспертами поставлен следующий вопрос:

Могла ли Т.Т.В. в силу своего состояния здоровья отдавать отчет в своих действиях и руководить ими на момент составления завещания 11 июня 1998 года?

В распоряжение экспертов были предоставлены материалы гражданского дела №..., медицинская карта №... стационарного больного, амбулаторная карта на 65 листах, история болезни №... стационарного больного, амбулаторная карта из Ростовского городского онкологического диспансера №...

Права и обязанности эксперта, предусмотренные ст. 76 РФ, разъяснены. Об уголовной ответственности по ст.ст. 307, 308 УК РФ за дачу заведомо ложного заключения предупреждены (подписи экспертов).

Из материалов гражданского дела и медицинских документов известно, что Т.Т.В., 1936 г. рождения, проживала в 1/2 домовладения, доставшегося ей в результате сделки дарения от матери (договор дарения N 1-386 от 18.02.75) (исковое заявление, л.д. 3-6 и 12). После смерти матери Т.Т.В. осталась жить одна и родственники продолжали помогать ей в поддержании жилого дома, подсобных строений и земельного участка, поддерживали с сестрой родственные отношения (исковое заявление, л.д. 3-6). В 1994 г. Т.М.В. познакомилась с Н.Т.М. С 1996 г. периодически Т.Т.В. обращалась к Н.Т.М. с просьбами бытового характера, бывала у нее в гостях. Н.Т.М. показала (л.д. 36-38), что в 1996 г. не замечала у Т.Т.В. психических отклонений. Известно, что родители Т.Т.В. умерли от атеросклероза и гипертонической болезни: отец умер 03.07.72 в возрасте 68 лет от общего атеросклероза с гипертонической болезнью III стадии, осложнившейся гемипарезом (неполный паралич вследствие инсульта – кровоизлияния в головной мозг – эксперты) (л.д. 13 - свидетельство о его смерти), мать умерла 21.04.81 в возрасте 74 лет от кардиосклероза атеросклеротического (люди. 14), ее родной брат страдает сахарным диабетом (показания истца, л.д. 33-36). Родилась второй из четырех детей. Сведений

о раннем развитии, образовании и трудовой деятельности нет. Из амбулаторной карты установлено, что в марте 1994 г. у Т.Т.В. был обнаружен «сахарный диабет, 2 ст.». 2-го августа того же года в амбулаторной карте описываются головокружения, слабость и дополнительно к сахарному диабету устанавливается диагноз «церебросклероз» (склеротическое поражение сосудов головного мозга – эксперты). В последующем многократными записями в амбулаторной карте диабет 2-ой степени, средне-тяжелая форма и сосудистое поражение мозга подтверждаются (записи от 08.08.94, 27.10.94, 15.11.94, 18.06.95). Во всех медицинских записях фиксируются как признаки диабета, так и сосудистого поражения головного мозга (головокружения, слабость, а 15.11.94 и агрессивность). В связи с этим с этого времени и уже до конца жизни ей назначались препараты как от диабета, так и от поражения сосудов мозга. Несмотря на постоянный прием антидиабетических препаратов с октября 1994 г. по июнь 1995 г. анализы крови оставались неблагоприятными: глюкоза в крови доходила до 17,2 – 19,3 ммоль/л (верхняя граница нормы 5,5 ммоль/л), а в моче - до 15-35 г/л. (в норме должна отсутствовать), что клинически и лабораторно позволяло врачу квалифицировать форму диабета как декомпенсированную, а течение – как тяжелое (амбулаторная карта). С начала 1995 г. Т.Т.В. неоднократно предлагалась госпитализация в стационар, однако она от госпитализации отказывалась. В записи от 06.04.95 для ее лечения предлагается перейти на инъекции инсулина. В июне 1995 г. (запись от 18.06.95) был выставлен диагноз: сахарный диабет, инсулинзависимая форма, декомпенсация. В октябре 1995 г. при осмотре глазного дна врач-окулист обнаруживает сужение артерий глазного дна, а через семь месяцев при повторном осмотре (май 1996 г.) фиксируется отрицательная динамика (ухудшение) - обнаруживается резкое сужение артерий глазного дна и устанавливается диагноз «ангиопатия сосудов сетчатки глаза. До ноября 1995 г. Т.Т.В. получала 20 единиц инсулина, затем доза была повышена до 24 единиц. Несмотря на регулярное лечение, состояние не улучшалось: глюкоза в крови продолжала колебаться до 13 ммоль/л, сохранялись жалобы на головокружение, слабость, сухость во рту, жажду, отмечалось повышение АД (кровяного давления) до 150/80 мм рт.ст. С лета 1996 г. доза инсулина была повышена до 28 единиц. В августе 1996 г. Т.Т.В. в результате осмотра ЛОР-врача был установлен диагноз: возрастная тугоухость. В августе 1997 г. на фоне повышения АД до 160/90 мм рт. ст. у Т.Т.В. появились отеки нижних конечностей. 27.11.97 г. у Т.Т.В. внезапно появилась слабость в левых конечностях, речь стала затрудненной, она упала. Была осмотрена специалистами, которые диагностировали «гипертоническую болезнь 3 стадии (наиболее тяжелую форму - эксперты), острое нарушение мозгового кровообращения в бассейне правой средней мозговой артерии, левосторонний гемипарез (частичный паралич руки и ноги с левой стороны - эксперты). Признаки неполного паралича сохранялись еще в декабре 1997 г., что было зафиксировано невропатологом в амбулаторной карте. В последующем, несмотря на прием сосудорасширяющих и сердечных препаратов, сохранялось стойкое повышение кровяного давления (180-170/110-100 мм рт.ст.). В январе 1998 г. у Т.Т.В. в полости малого таза была обнаружена опухоль, в связи с чем она была госпитализирована в хирургическое отделение городского онкологического диспансера, где находилась с 12.01.98 г. по 06.02.98 (история болезни 9027\97). 14.01.98 ей была проведена операция пангистерэктомии (удаление матки с придатками - эксперты) по поводу «злокачественной опухоли Бреннера в левом яичнике с метастазами в правую маточную трубу и в большой сальник» (гистологический анализ 2761-86 от 15.01.98.). 24.01.98 г. ей была начата химиотерапия (история болезни и акт СПЭ). 02.02.98 лечащий врач отметил (история болезни 9027\97): «Состояние средней тяжести, заторможена, в обстановке ориентируется плохо. Возбуждена. В

анализе крови обнаружена мочеви́на 11,7 ммоль\л, назначена дезинтоксикационная терапия». В дневнике от 5.02.98 той же истории болезни врач записал, что состояние больной остается средней тяжести, то возбуждена, то заторможена, отказывается от лечения, считает, что ее хотят отравить, в контакт вступает плохо. Она лежала в постели, никого не узнавала (из показаний Х.М.В., л.д. 33-36). Была назначена консультация психиатра. На следующий день, 6.02.98, Т.Т.В. была осмотрена психиатром, который выявил, что «речевой контакт затруднен. В собственной личности ориентирована частично, в месте и времени не ориентирована. Наблюдается психомоторное возбуждение в пределах постели». Отказывается от еды, от приема медицинских препаратов, так как считает, что ее хотят отравить. Считает, что ее «неправильно лечат, кормят». Болезненное состояние диагностировано как «Соматогенный психоз, синдром параноидный (бредовой – эксперты)». Психиатр рекомендовал после выписки из онкодиспансера обратиться к районному психиатру в связи с необходимостью стационарного лечения в психиатрической больнице. «Выписана по настоянию родственников» (запись в истории болезни), однако Н.Т.М. этот факт отрицает и заявляет, что «разговора о том, чтобы положить Т.Т.В. в психиатрическую больницу не было» (л.д. 36). Выписана была Т.Т.В. из онкодиспансера с диагнозом: основным -: «злокачественная опухоль яичников, стадия 3, клиническая группа 2», сопутствующими - – хроническая ишемическая болезнь сердца; гипертоническая болезнь 2-б степени; сахарный диабет. Осложнение - соматогенный психоз». Врач-психиатр Ростовского облпсихдиспансера Б.К.И, допрошенный в суде в качестве свидетеля показал (л.д. 46-47), что именно он консультировал Т.Т.В. в онкологическом диспансере. Она не отвечала на вопросы адекватно. Он диагностировал психоз, что означает то, что человек не отдает отчета своим действиям. Соматогенный – вызванный чем-то. Параноидный синдром, который он ей установил, означает наличие у нее на тот период бреда – (болезненных – эксперты) суждений, не поддающихся коррекции. Он рекомендовал ей специальное лечение. Однако она к психиатру не обращалась. В заключении экспертов ОПД значится, что после выписки из онкологического диспансера Т.Т.В. к райпсихиатру не обращалась, в психиатрическую больницу не стационарировалась, участковыми терапевтом и онкологом не наблюдалась. Однако, в амбулаторной карте за 03.09.98 сделана запись участкового терапевта: «Н/д (что означает – осмотр врачом «на дому», зафиксирован диагноз «гипертоническая болезнь II стадии, ей выписан номерной бесплатный рецепт). После этого в амбулаторной карте перерыв записей до 17 июня 1998 года, когда делается очередная запись уже после ее выписки из БСМП-2, где она находилась в период с 11 по 16 июня 1998 г. Учитывая, что все предыдущие 17 июня 1998 и все последующие записи врача выполнялись аккуратно не реже 1-го раза в месяц, производились врачом на дому при осмотре Т.Т.В., что ее состояние после выписки требовало систематического наблюдения, которое продолжалось после записи от 17 июня 1998 (уже после подписания завещания), учитывая, что врач Г.Л.Н. в суде показала (л.д. 41-42), что после операции, она посещала ее на дому. Состояние л.д. 63 позволяет предположить о его повторной подклейке, а сведения о том, наблюдалась ли Т.Т.В. после выписки или не наблюдалась, являются значимыми для экспертов. В этой ситуации считаю необходимым исключить возможность работы экспертов с подложным документом, из которого изъят ряд листов. Для этого прошу суд назначить соответствующую экспертизу. Тем паче, что врач Г.Л.Н. в суде показала (л.д. 41-42), что она посещала Т.Т.В. на дому и та не всегда узнавала врача, «отвечала невпопад» (л.д. 42). Врач пояснила, что Т.Т.В. выписали досрочно в связи с тем, что она себя «плохо вела», после инсульта Т.Т.В. «стала хуже» (л.д. 42). Ей делались уколы. Из показаний Хлюстовой М.В. (л.д. 33-36) следует, что в феврале 1998 г.

ТТВ была нервной, возбужденной, крикливой. Из показаний Т.А.В. (л.д.31-33): будучи допрошенным в суде рассказал, что Т.Т.В. после выписки была очень «раздражительна, боялась совершенно всего, иногда двери не открывала, когда (к ней) приходили Бывало не узнавала родственников. ... могла что-то попросить, а потом забывала о просьбе». Также Т.Т.В. проявляла «вредность характера», которая после операции значительно усугубилась. Свидетель С.Н.В. (л.д. 51-52) показала, что была у Т.Т.В. в июне 1998 г. и та «плохо себя чувствовала». Из медицинской карты № 2021/811 БСМП-2 следует, что заболевание у Т.Т.В. внезапно обострилось 10-го июня 1998 г. Со слов доставившей ее «дочери», в медицинскую карту при поступлении врачом записано, что 10.06.98 она потеряла сознание, появилась слабость в левой руке и ноге, речь стала невнятной. В стационар она была доставлена Н.Т.М. на личном транспорте лишь вечером следующего дня (исковое заявление, л.д. 3-6). В стационар она поступила 11.06.98 в 21.04 по экстренным показаниям с признаками нарушения мозгового кровообращения (медицинская карта № 2021/811 и показания врача, принимавшего Т.Т.В. в момент госпитализации в БСМП, - л.д. 44-45). При поступлении состояние Т.Т.В. было квалифицировано как тяжелое, была пассивной, с бледными кожными покровами и слизистыми, АД=150/90, нервно-психическое состояние описывалось как затрудненный контакт, некоторая заторможенность, невнятность речи (запись принимавшего ее дежурного врача). Диагноз на момент поступления был установлен: «Гипертоническая болезнь III стадии, ишемическая болезнь сердца, нарушение ритма по типу экстрасистол, сахарный диабет II типа, острое нарушение мозгового кровообращения». Т.Т.В. была помещена в отделение (показания третьего лица Б.А.В. (л.д. 39-40). В ту же ночь в палате на койке Т.Т.В. подписала оспариваемое завещание (показания третьего лица Б.А.В. (л.д. 39-40). Согласно показаниям последнего, он знал о том, что на момент подписания завещания у нее был гипертонический криз и нарушение мозгового кровообращения, но посчитал, что кровяное давление в 150/90 является небольшим скачком давления в ее возрасте. Сообщил, что она рассказала ему о том, что чувствовала себя плохо и теряла сознание, четко и ясно отвечала на все вопросы, расписалась, вела себя совершенно адекватно. Однако, Б.А.В. показал (л.д. 40), что его «не беспокоит, что она психически больна», так как «вела себя совершенно адекватно». Он же дал суду пояснения о том, что для установления «диагноза психически ненормального человека необходим консилиум трех врачей» (что грубо противоречит Закону РФ о психиатрической помощи и правах граждан при ее оказании), и о том, что консультация психиатра не говорит о нарушении» (л.д. 40). В акте СПЭ, проведенной комиссией Ростовского облпсихдиспансера записано, что «12.06.98 ТТ.В. была проконсультирована невропатологом, который установил диагноз "Ишемический инсульт в правой средней мозговой артерии". Невропатологом отмечено, что "контакт с больной затруднен из-за тугоухости пациентки, сознание ясное". Было назначено соответствующее лечение. До 15.06.98 по записям в истории болезни №20218\811 дежурных врачей состояние больной было "стабильное, сознание и соматический статус без существенной динамики"». Однако, ознакомление с подлинником истории болезни №20218\811 обнаруживает, что 12.06.98 в 7.00 после капельного внутривенного введения раствора ницерголина в дозе 0,004 терапевт фиксирует у нее АД=140/85, а через несколько часов АД=200/110 и отек левой кисти, голени и стопы, а невропатолог фиксирует у Т.Т.В. «левостороннюю гемиплегию (полный левосторонний паралич), гемигипестезию (нарушение чувствительности левой половины тела) и гематому затылочной области диаметром 3.0 см (кровоизлияние под кожу головы, полученное вследствие удара), диагностирует «ишемический инсульт в правой средней мозговой артерии» и назначает консультацию нейрохирурга.

Несмотря на проводимую интенсивную терапию кровяное давление у Т.Т.В. держалось на высоких цифрах (200-180-170-160/110-100-95-80). 15.06.98 ее состояние обозначается как тяжелое, подтверждается левосторонний полный паралич («в левой ноге и руке движения отсутствуют»). Фиксируется снижение памяти. В тот же вечер (запись дежурного врача в 20.00) на АД 170/100 Т.Т.В. становится неадекватной, исчезает ориентировка в месте и пространстве, возникает двигательное возбуждение, она ложится в коридоре, там же мочится. На следующее утро 16.06.98 в 11.00 Т.Т.В. была осмотрена психиатром: «продуктивный контакт затруднен из-за тугоухости и нарушений речи. Больная заторможена (после седативных препаратов). Со слов медперсонала - двигательное (нецеленаправленное) возбуждение в вечерне-ночное время. Больная неопытна мочой и калом». Психиатр установила диагноз: "Дисциркуляторная энцефалопатия (повреждение головного мозга вследствие сосудистого поражения – эксперт ЛРНЦ. Заключение экспертов ОПД о том, что это состояние после острого нарушения мозгового кровообращения не соответствует действительности, так как первые признаки энцефалопатии появились у Т.Т.В. уже в 1995 году задолго до острых нарушений мозгового кровообращения), состояние после острого нарушения мозгового кровообращения. Постинсультная асемическая деменция (слабоумие как результат инсульта) с психомоторным возбуждением». Был рекомендован индивидуальный пост (наблюдения) (из акта СПЭ). На следующий день, 16.06.98, Т.Т.В. была осмотрена эндокринологом, который внес запись «больная в контакт не вступает, сбор анамнеза невозможен». В судебном заседании психиатр И.Н.В. показала (л.д. 43), что вызывалась в отделение 2 раза, так как у Т.Т.В. развивалось психомоторное возбуждение. Оценивая ее поведение в больнице, заключила, что своим поведением Т.Т.В. руководить не могла. В тот же день 16.06.98 осматривается заведующим кардиологическим отделением, который пишет, что «сохраняются явления энцефалопатии, обусловленные атеросклерозом и ишемическим инсультом». В связи с неадекватностью поведения и невозможностью коррекции (психического состояния) транквилизаторами и антидепрессантами больная была выписана домой «под наблюдение участкового психиатра и невропатолога» в 22.00. Свидетельствуя в суде, врач М.С.Л. показал (л.д. 44), что на момент поступления у Т.Т.В. были признаки нарушения мозгового кровообращения, что определялось и визуально, и по жалобам, диагноз высказывался несколькими врачами. Он сам лично с ней беседовал. Выписал ее, потому что слышал, что она собирается выброситься из окна 12 этажа. Сказал, что «обычно таких больных отправляют к психиатру, но сначала ее надо (было) вылечить. Психиатр назначила индивидуальный (наблюдательный) пост. Она была выписана в связи с отсутствием в отделении транквилизаторов (препаратов для лечения психических расстройств), которые были ей прописаны (л.д.44-45). Ответчица тут же пояснила (л.д. 44), что «не верила в то, что Т.Т.В. может выброситься», она лишь хотела «походить по двору, подышать свежим воздухом.». Поэтому Н.Т.М. и забрала ее. После выписки из стационара к Т.Т.В., в соответствии с рекомендациями специалистов, ни психиатр, ни невропатолог не приглашались, хотя ряд свидетелей показали, что она продолжала вести себя неправильно. Так, свидетель В.Т.Г., (л.д. 47), показала, что заходила как соседка к Т.Т.В. в неделю раза два. В июне - июле 1998 г. Т.Т.В. «то плакала, то смеялась, у нее было состояние депрессии, то (говорила), что кто-то идет, то, что все хотят убить (ее). И раньше замечала, что она чего-то боялась, говорила, что кто-то ходит, дверью хлопает, но слышать не могла. В июне 1998 г., когда Т.Т.В. отвезли в БСМП, у нее было странное поведение, рассеянное внимание. За собой ухаживать совсем не могла. Рассказывать не могла, может быть понимала, что говорят, а может быть и нет (л.д. 48). После больницы она не могла за собой ухаживать». В записях врача в

амбулаторной карте от 17.06.98, 23.06.98 указываются жалобы на головную боль, головокружение, слабость, шум в голове, плохой сон, запоры. 07.07.98 на дому врач фиксирует ухудшение состояния больной, а через неделю, 14-го июля 1998 года пишет «Посетить больную не было возможности. т.к. калитка заперта, на звонки никто не вышел», а следующая запись от 29.07.98 записано, что Т.Т.В. умерла в 9.00 утра без признаков насильственной смерти.

Таким образом, отвечая на поставленный судом вопрос, эксперт обращает внимание на следующее: по обеим линиям (мать, отец, родной брат) наследственная отягощенность атеросклерозом, гипертонической болезнью, которые протекали в тяжелых формах с такими осложнениями, как инсульт и паралич. Именно эти сосудистые болезни привели и мать, и отца к смерти. Наследственная предрасположенность к сосудистым заболеваниям подтверждается признаками антеципации (у последующих поколений болезнь начинается раньше и протекает более тяжело). В частности, младший брат Т.Т.В. умер в более раннем возрасте, чем родители, а она сама заболела в 58 лет сахарным диабетом, сразу в тяжелой декомпенсированной форме (2 стадия). В пользу особой тяжести болезни свидетельствует тот факт, что с марта по ноябрь 1994 г. на фоне приема сахаропонижающих препаратов сахар крови стабильно удерживался на высоком уровне (12,2-21,4), сохранялись клинические проявления болезни, возникли осложнения сахарного диабета (фурункулы, гнойники). Фактически одновременно с сахарным диабетом возникли признаки сосудистого поражения головного мозга (головокружение, слабость), что было зафиксировано уже в 1994 году – Т.Т.В. установили диагноз: сахарный диабет, церебросклероз (сосудистое поражение головного мозга). В дальнейшем этот диагноз ни разу не подвергался сомнению и пересмотру. Оба заболевания приняли быстро прогрессирующий характер: прием сахаропонижающих препаратов не давал эффекта, уровень сахара в крови рос, глюкоза появилась и в моче (до 35, в норме - в моче глюкозы не должно быть). Неоднократно отмечалась декомпенсация сахарного диабета. Форма диабета вскоре стала инсулинзависимой, что свидетельствует о значительном утяжелении болезни. Прогрессирование сосудистого заболевания – гипертонической болезни - проявлялось в том, что, несмотря на прием сосудорасширяющих и сердечных препаратов, артериальное давление последовательно повышалось (160/90 - 180/110 - 220/110 мм рт.ст.), а также в том, что гипертоническая болезнь уже через 2 года приобрела кризовое течение (что является неблагоприятным вариантом ее развития). Уже на третий год заболевания, осенью 1997 г., на фоне очередного сосудистого криза как наиболее частый вариант осложнения сочетания сахарного диабета и гипертонической болезни развилась сосудистая внутричерепная катастрофы – инсульт, проявившийся неполным параличом (гемипарезом) левых конечностей. В это же время у Т.Т.В., диагностирована уже не 2, а 3 (самая тяжелая) стадия гипертонической болезни. В 64 г. у Т.Т.В. обнаружена злокачественная опухоль яичника с метастазами, по поводу чего ей была проведена тяжелая хирургическая операция и вскоре начата химиотерапия. В этот период к сахарному диабету и гипертонической болезни присоединилась интоксикация, связанная с опухолью, операцией и лечением, и у больной остро возник психоз, проявляющийся бредом отравления и сопровождающим его бредовым поведением (отказ от еды, лечения в связи с убеждением в травле). Психиатр справедливо диагностировал параноидный (бредовой) синдром и отметил у Т.Т.В. нарушение ориентировки. В состоянии психоза с диагнозом "соматогенный психоз" Т.Т.В. и была выписана. Так как соматическая болезнь у Т.Т.В. не исчезла, а даже прогрессировала, у нее сохранялись и признаки параноидного состояния соматогенного происхождения: нервозность, возбужденность, крикливость, «не открывала двери», «всего боялась». Через несколько месяцев (10 июня 1998

г.) на фоне очередного криза гипертонической болезни у нее остро развился повторный тяжелый инсульт (кровоизлияние в мозг): она потеряла сознание (что говорит об особой тяжести мозгового осложнения) и упала, ударившись головой (в истории болезни зафиксирована крупная подкожная гематома волосистой части головы). О том, что инсульт возник еще 10-го свидетельствует запись в медицинской карте N2021/811, сделанной в момент приема – «10.06.98 она потеряла сознание, появилась слабость в левой руке и ноге, речь стала невнятной» и показания М.С.Л., принимавшего Т.Т.В. в момент госпитализации в БСМП-2 (л.д. 44-45). Почти сутки она находилась дома и только к исходу следующего дня была доставлена Н.Т.М. в БСМП-2. Согласно истории болезни госпитализирована по экстренным (следовательно, угрожающим жизни) показаниям в ночное время, что подчеркивает особую тяжесть болезни. При поступлении состояние Т.Т.В. квалифицируется принимающими врачами БСМП-2 как «тяжелое». Тяжелым состояние оставалось на протяжении всех дней ее пребывания в стационаре, о чем свидетельствует ее режим – она наблюдалась дежурными врачами 2-3 раза в день, исследования, включая аппаратные (ЭКГ) ей выполнялись на месте. Артериальное давление АД=150/90, намного более низкое, чем ее постоянное, не является свидетельством «хорошего состояния», а, наоборот, свидетельствует об особой тяжести болезни и острой фазе инсульта, для которой как раз характерно падение давления. Именно поэтому на следующий день после госпитализации на фоне сосудорасширяющей интенсивной терапии оно вновь «подскочило» у нее до 200/110. С трактовкой тяжести состояния и характером болезни (повторное кровоизлияние в мозг) совпадает и описание ее внешнего вида («бледные кожные покровы и слизистые» – характерный вид гипертоника с острой фазой кровоизлияния в мозг и упавшим давлением) и нервно-психического состояния – «затрудненный контакт, некоторая заторможенность, невнятная речь» (запись принимавшего ее дежурного врача), что является характерными признаками для оглушенности – непароксизмального выключения сознания, типичного, полностью соответствующего характеру болезни (острая фаза инсульта) и ее локализации в моторную (управляющую движениями конечностей – рук и ног) зону головного мозга. Этому (локализации и особой тяжести) полностью соответствует зафиксированная специалистом-невропатологом на следующий день гемиплегия - полный паралич руки и ноги на левой стороне тела. Таким образом, Т.Т.В. была доставлена в БСМП-2 ночью 11-го июня 1998 года в острой фазе повторного инсульта (кровоизлияния в мозг) в бассейне кровоснабжения мозга правой средней мозговой артерией, что проявлялось состоянием нарушенного сознания и левосторонним параличом руки и ноги слева и соответствовало «тяжелому», опасному для жизни больной состоянию, зафиксированному принимавшими ее врачами. Именно в этом тяжелом, угрожающем жизни состоянии, в состоянии оглушения - нарушенного сознания, в ночное время (для ее болезни характерна суточная динамика болезни в виде ухудшения состояния в вечерне-ночное время) она и совершила оспариваемую сделку. Последующее развитие болезни (катамнез) соответствовало установленному диагнозу, характеру заболевания, его тяжести и осложнениям: подтверждалась левосторонняя гемиплегия (полный паралич левой половины тела), а по мере прояснения сознания выявилось постинсультное слабоумие (асемическая деменция), как следствие грубо-органического сосудистого поражения мозга, зафиксированное в больнице, как "дисциркуляторная (в результате нарушения мозгового кровообращения) энцефалопатия (невоспалительное поражение головного мозга)". Нелепое поведение Т.Т.В., неопрятность калом и мочой, сделали невозможным ее пребывание в соматическом стационаре и она была выписана домой в неоправданно короткий для ее болезни срок, на фоне тяжелых острых

проявлений тяжелой болезни не по медицинским показаниям (не в связи с улучшением ее болезни), а по социальным – из-за невозможности обеспечить ей специальное наблюдение (пост), рекомендованное психиатром как раз из-за грубо дезорганизованного и нелепого поведения. О тяжести болезни говорит и тот факт, что через некоторое время эта болезнь и привела ее к смерти (27.07.98, без признаков насильственной смерти). Все это позволяет считать, что на момент оспариваемой сделки - подписания завещания в БСМП-2 через несколько часов после госпитализации по жизненным показаниям, находясь в тяжелом общем состоянии ночью 11-го июня 1998 года Т.Т.В. была в состоянии оглушения (нарушенного сознания), возникшего в острой фазе повторного инсульта. Повторные инсульты в бассейне правой средней мозговой артерии, проявившиеся левосторонней гемиплегией и гемигипостезией, являются осложнением основного заболевания, которым страдала подэкспертная, - гипертонической болезни, 3 стадии с кризовым течением, с формированием выраженной дисциркуляторной энцефалопатии и последовательной сменой параноидного синдрома асемической деменцией (после повторного инсульта). Этот диагноз соответствует комбинированному шифру: шифр «I64 – инсульт» (согласно раздела “Кодирование заболеваний, при которых могут возникнуть психические расстройства” МКБ - 10 (Международная классификация болезней 10-го пересмотра, действующая на территории России с 1998 г.) и шифр «F06.811 – другие психотические расстройства, обусловленные повреждением головного мозга в связи с сосудистым заболеванием головного мозга» (нарушения сознания относятся к наиболее тяжелым психическим расстройствам и по степени своей тяжести соответствуют психотической симптоматике). Сопутствующее заболевание: сахарный диабет, инсулинзависимая форма, в стадии декомпенсации. В момент заключения сделки находилась в оглушении - состоянии нарушенного сознания. В силу оглушения в момент заключения сделки в ночное время 11 июня 1998г. не могла понимать значения своих действий, прогнозировать их последствия, не могла ими руководить. Болезненное состояние Т.Т.В. подтверждается объективным исследованием - почерковедческим, выполненным в Центральной Северо-Кавказской лаборатории судебной экспертизы. Согласно заключению эксперта В.Л.В., подпись Т.Т.В. под завещанием от 11 июня 1998 г., расположенная в строке «подпись», выполнена самой Т.Т.В. в необычном болезненном состоянии, что соответствует диагнозу «острое нарушение мозгового кровообращения».

ВЫВОД

На момент заключения оспариваемой сделки - подписания завещания в БСМП-2 вскоре после госпитализации по жизненным показаниям, находясь в тяжелом общем состоянии, ночью 11-го июня 1998 года Т.Т.В. находилась в болезненном психопатологическом состоянии - в состоянии оглушения (нарушенного сознания), возникшего в острой фазе повторного инсульта.

В момент подписания завещания (в ночное время 11 июня 1998 г.) Т.Т.В. находилась в состоянии нарушенного сознания – оглушении, в силу чего не могла понимать значения своих действий, их правовой характер, прогнозировать их последствия, не могла ими руководить.

Задача № 5.

Какие общенаучные, частнонаучные и специальные методы использованы при производстве экспертизы.

Материалы экспертизы.

Пациентка Ч.Е.Н., 1974 г, находилась на обследовании и лечении в ЛРНЦ «Феникс» с диагнозом: Патологическое влечение к азартным играм (патологический гемблинг) F 63.0. Смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации. F 43.22.

Из анамнеза. Наследственность отягощена злоупотреблением алкоголем, наркоманией среди родственников по линии матери, сосудистой патологией по линии отца. Родилась от 3-й беременности, 2-х родов, протекавших без патологии, в срок. Вес при рождении 3400 г., длина 50 см. Закричала сразу, до 8 месяцев находилась на грудном вскармливании. В 7 лет перенесла паротит, в 8 лет – ветряную оспу. С 8 лет часто болела ангинами. По характеру формировалась вспыльчивой, эмоциональной, ранимой, обидчивой, в меру общительной, чаще предпочитала находиться в одиночестве. До 9 лет любила подвижные игры со сверстниками (салки, жмурки, казаки-разбойники). Игрушки ломала, кукол стригла, выкалывала глаза.

Детские дошкольные учреждения не посещала, находилась дома с бабушкой. Воспитанием по типу доминирующей гиперпротекции со стороны матери и эмоционального отвержения со стороны отца. В семье применялись физические меры наказания.

В школу пошла 7 лет, адаптировалась легко. В 3-м классе (9 лет) с семьей переехала в город, поменяла школу. С трудом влилась в новый коллектив, отмечались дисморфофобические переживания (стеснялась своей полноты, того, что у нее слишком кудрявые волосы). Училась посредственно. Любимые предметы – литература, биология, черчение.

Увлекалась легкой атлетикой, плаванием, коллекционированием открыток, однако увлечения были нестойкими. Любила ходить в походы, собирать грибы, ездить на рыбалку.

В 15 лет, после окончания 8-го класса поступила в швейное училище, где училась 3 г., во время первого года обучения жила в общежитии, затем ежедневно ездила домой.

Курит с 16 лет («не хотела быть белой вороной в училище»). Первая проба алкоголя в 17 лет. В последующем алкоголь употребляла по праздникам, в компании (шампанское, вино, пиво).

В 18 лет была подвергнута насилию. В течение месяца переживала по этому поводу, винила себя.

В 18 лет устроилась работать швеей на фабрике. В 20 лет вышла замуж, имеет 2-х детей. Отношения в семье дисгармоничные, муж злоупотребляет алкоголем, в состоянии опьянения агрессивен, бьет пациентку. Неоднократно пациентка с детьми уходила от мужа.

С 1996 г. в связи с закрытием начала работать на рынке реализатором. С 1997 г. стала готовить на заказ еду для продавцов на рынке. С 2000 г. начала периодически в свободное время играть в игровую приставку сына. Дважды (весной 2001 и 2002 г.г. работала в Москве. В июне 2002 г. в связи с беременностью вернулась в родной город. Через 2 месяца после рождения 2-го ребенка из-за финансовых трудностей была вынуждена работать (торговала на рынке). С лета 2003 г. начала вновь готовить еду для продавцов. Работа в сфере торговли не нравилась, «приходилось переступать через себя». В это время муж стал чаще выпивать, испытывала постоянное напряжение, неудовлетворенность.

В октябре 2003 г., увидев играющих в игровые автоматы людей, сама из любопытства однократно сыграла. После того, как на ее глазах знакомый выиграл 1000 рублей, любопытство возросло, стала играть периодически, когда проходила мимо автоматов. Выиграв 1.5 тыс.рублей, испытала чувство радости, эйфорию, «домой как на крыльях прилетела, хотелось прыгать, кричать, танцевать». Стала думать об игре, возникло желание сыграть вновь. Периодически играла в свободное время, сохраняя количественный контроль (при проигрыше в 100 рублей останавливалась). В ноябре по совету знакомой стала играть в другой автомат («Ковбой»), который показался интереснее и стоил дешевле (2 рубля). Стала чаще выигрывать (максимально – 1000 рублей). Во время игры «отвлекалась от всего мира, ощущала расслабление, отвлекалась от повседневных забот». С декабря дома стала думать об играх, мечтая, что завтра вновь сыграет, ходила к автоматам уже специально, но только тогда, когда позволял размер дневного заработка. В те дни, когда сидела дома с ребенком, думала об игре, но специально к автоматам не ездила.

С февраля 2004 г. стала работать ежедневно, т.к. возникли финансовые проблемы. В конце, случайно войдя в игровой зал (относила еду инкассаторам), заинтересовалась стоявшими там автоматами. Из 4-х выбрала наиболее интересный для себя («побег из Алькатраса»), в который в дальнейшем и играла ежедневно. Постепенно стала нарастать экспозиция (могла играть до 1,5 часов) и частота игр. С марта 2004 г. стало возникать ощущение усталости во время игры, резь в глазах, чувство онемения в руках, покалывание в сердце. Нарушился сон (затруднено засыпание), стала испытывать постоянную возбужденность, внутреннюю дрожь в теле. Начала занимать деньги у инкассаторов (по 100-200 рублей). В апреле выросла экспозиция (до 4-х часов), стала делать большие ставки и соответственно больше выигрывать. Максимальный выигрыш составил 11,5 тыс. рублей. Деньги приносила домой, но на следующий день брала их для игры. Могла проиграть зарплату мужа, занимала деньги у соседей, у инкассаторов. Старалась уже каждую свободную минуту провести в игровом зале, играла по несколько раз в день (в перерывах, после работы, несколько раз приезжала специально из дома). Максимальная экспозиция около 8 часов. В связи с появившимся увлечением ухудшились взаимоотношения с родителями, которые пытались предостеречь ее. После игр стали возникать головокружение, головные боли. Постепенно снизилось либидо. В мае стала избегать общения, шумные компании, предпочитала одиночество. Влечение к играм стало доминировать в сознании, вытесняя другие потребности, стала меньше времени уделять детям.

21 мая 2004 г. планировала после работы купить продукты на рынке для приготовлений к дню рождения мужа, который собирались отмечать 22 мая. Утром собрала на рынке заказ и приготовила еду в квартире матери. Настроение было обычным. Около 10 ч. 30 мин стала разносить еду. Было желание скорее раздать все и идти играть. Часть вырученных денег потратила на продукты, со 150 рублями вошла в игровой зал. В процессе игры испытывала раздражение, т.к. за спиной стояло много «зевак», наблюдавших за игрой (что бывало и ранее). Проиграв 150 рублей, во время перерыва на инкассацию пошла на рынок за оставленными продуктами, которые отнесла в квартиру матери. Там встретила родственницу, с которой вынуждена была общаться. Во время разговора испытывала возбужденность, внутреннюю дрожь, думала только о том, чтобы скорее вернуться в игровой зал, т.к. обещала мужу вернуться домой пораньше с целью приготовления к предстоящему торжеству. Взяв у матери 2000 рублей (для продуктов на праздничный стол) и, купив продукты на половину суммы,

около 12 ч. 30 мин вошла в игровой зал. 1000 рублей оставила специально для игры. Проиграв всю сумму, стала просить инкассатора «ставить» в долг по 500-1000 рублей. Инкассатор со своей стороны предлагала сыграть еще, т.к. предполагала предстоящий выигрыш. В конце игры сумма долга составила 2500 рублей. Несмотря на сложившийся стереотип (отдавать деньги утром), инкассатор стала требовать возврата долго в тот же вечер, аргументируя опасениями предстоящей ревизии. В 16 ч. пациентка поехала домой. За ужином выпила с мужем по 0,5 литра пива и начала готовить еду. Весь вечер думала о том, под каким предлогом ей выйти из дома, чтобы вернуть долг инкассатору. Около 22 ч., взяв из дома 1500 рублей, поехала с сыном к матери (отвозить продукты для рынка). Испытывала тревогу, переживала, как признаться в проигрыше мужу. В то же время «испытывала острое желание поиграть и отыграться». Оставив сына у матери, пошла в игровой зал. Отдав 1500 рублей, стала просить инкассатора отсрочить выплату оставшегося долга до завтра. По реакции инкассатора поняла, что у той плохое настроение, предположила, что она с кем-то поссорилась, т.к. была необычно агрессивно настроена. Просила также сыграть еще в долг, на что получила отказ. Кроме того, со слов пациентки, инкассатор начала кричать, обзывать и шантажировать пациентку тем, что расскажет все родителям и мужу пациентки. В ответ пациентка стала шантажировать инкассатора тем, что заявит на нее в милицию по поводу торговли наркотиками. Завязалась драка. Инкассатор схватила нож и стала угрожать пациентке, пациентка отобрала у нее нож, поранив 2 пальца и, когда инкассатор нагнулась за стулом, нанесла ей удар ножом в спину, считая, что инкассатор хочет нанести ей удар стулом. Как наносила остальные удары, не помнит. Придя в себя, увидела, что инкассатор не шевелится и не дышит. Поняв, что убила человека, почувствовала тошноту, учащенное сердцебиение, приливы жара и озноба, ощущение «ватности» ног. Возникла мысль: «Что же я натворила?!» Некоторое время стояла в растерянности, глядя на труп. Затем, осмотрев свою одежду, взяла нож и, шатаясь, вышла на улицу, где возникла рвота. Доехав на маршрутном такси до дома, выбросила нож. По пути домой и дома мучила мысль, признаться ли ей в содеянном или нет, как жить дальше. Придя домой, осмотрела свою одежду, переделалась, приняла душ. Неотступно перед глазами возникала картина убитой ею женщины, что сопровождалось тошнотой и рвотой. Отмечалась борьба мотивов: с одной стороны, считала, что должна понести наказание, с другой – боялась этого. Возникли суицидальные мысли. Всю ночь не могла уснуть, отмечались онемение конечностей, сердцебиение, головокружение, слабость. Утром «все валилось из рук», «коленки подгибались», была подавлена. На расспросы родных, что случилось, ссылалась на головную боль. Днем как обычно отработала. Глядя на толпу людей, стоявших возле зала игровых автоматов, ощущала звон в ушах, казалось, что потеряет сознание. Вечером на расспросы гостей отвечала, что близко к сердцу восприняла известие об убийстве инкассатора. 24-го мая была вызвана к следователю. По пути приняла решение сделать признание. Ночь провела в СИЗО. При выезде на место происшествия вновь ощутила тошноту.

Первые недели после содеянного плакала, не могла смотреть в глаза близким. Снизился аппетит, похудела на 15 кг, исчезло либидо, появились головные боли в затылочной области, головокружение, боли в сердце колющего и ноющего характера, чувство нехватки воздуха, раздражительность, утомляемость; нарушился сон, перед сном возникали наплывы воспоминаний, хотелось кричать, часто просыпалась ночью. Испытывала тревогу, была подавлена, залеживалась, никого не хотела видеть, все делала автоматически, через силу. Возникли суицидальные мысли.

Психический статус на момент поступления: Сознание ясное, алло- и ауопсихически ориентирована правильно. Мимика и пантомимика, эмоциональные реакции живые, несколько неадекватны ситуации, при беседе улыбается. Речь в обычном темпе, на вопросы отвечает в плане заданного. Жалобы на тревогу, раздражительность, частую смену настроения по малейшему поводу, головокружение, головные боли в затылочной и височных областях (и распирающего, и сдавливающего характера), затрудненное засыпание, поверхностный сон, отсутствие чувства отдыха после сна, вялость, разбитость, неотступные мысли о совершенном деянии, переживания о своем будущем, рассеянность внимания, ухудшение памяти, снижение аппетита, либидо. Отмечает, что состояние возникло 21 мая, в настоящее время отмечается послабление симптоматики (появилось желание выполнять работу по дому, заниматься воспитанием детей), что связывает с поддержкой и пониманием со стороны мужа. Отмечает, что несмотря на возникшую проблему сохраняется влечение к игре, сдерживаемое усилием воли, что и явилось причиной обращения в Центр «Феникс». Свое состояние считает болезненным.

Соматический статус: гиперстенического телосложения, повышенного питания. Кожные покровы обычной окраски. АД – 130/90 мм рт ст. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык обложен бело-желтым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Отмечается отеки конечностей.

Неврологический статус: в позе Ромберга устойчива. Пальценосовую пробу выполняет с легкой интенцией слева. Отмечается асимметрия носогубных складок (левый угол рта ниже правого), положительный симптом Хвостека с обеих сторон. Сухожильные рефлексы живые, слева выше.

Данные дополнительных методов исследования:

МРТ головного мозга с ангиографией 11.08.04 г.: Белое и серое вещество дифференцируются нечетко (из-за артефактов). МРТ-признаков патологических изменений структур головного мозга не выявлено.

ЭЭГ 10.08.04 г.: В записи прослеживается межрегионарная асимметрия. В передних отделах мозга (лобные области) изменения по органическому типу. Четко сформирован фокус пароксизмальной активности в глубоких отделах мозга (передние отделы ствола).

РЭГ 10.08.04 г.: наполнение крупных, средних и мелких артериальных стволов слева значительно повышено, тонус артерий мелкого калибра и артериол значительно повышен справа, периферическое сопротивление значительно повышено, венозный отток значительно затруднен в обоих бассейнах.

Общий анализ крови 10.08.04 г. без патологии.

Биохимический анализ крови – повышение уровня АСТ (1,26)

Гормональное исследование 10.08.04 г.: повышение уровня тестостерона – 1,38 нг/мл (норма 0,07-0,65), снижение уровня ФСГ - 1,94 (норма 3,4 –12,0).

Опросник депрессии Бека 11.08.04 г. – 16 баллов, шкала тревоги Шихана – 110 баллов.

Патопсихологическое исследование 12.08.04 г. (психолог Баранова И.В.): «При обследовании на первый план выступают признаки выраженной социальной дезадаптации при

эмоционально-личностном паттерне психопатической личности экспансивно-шизоидного типа с высоким риском агрессивного поведения в сочетании с умеренными нарушениями произвольности познавательных процессов и полимодальными соматическими жалобами.

27.08.04 г. проведен консилиум в составе врачей: Кравцовой С.П., Солдаткина В.А., Мирзаевой Л.М., установлен диагноз: «Болезнь зависимого поведения (нехимическая зависимость – патологическое влечение к азартным играм), 2-я стадия» (нозологический), «Патологический гемблинг», «Смешанная тревожно-депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации» (по МКБ-10), разработана тактика лечения

5.1.13 Типовые задания (оценочное средство - Задачи) для оценки сформированности компетенции ПК-21:

Задача № 1

Со слов освидетельствуемого: был избит битой. Кратковременно терял сознание, была рвота, тошнота, головокружение, кровотечение из носа. За медицинской помощью не обращался. Жалобы на головную боль, головокружение. Объективно: кровоподтек на слизистой оболочке верхней губы размерами 2х2 см. Направлен на консультацию к врачу-невропатологу и рентгенографию костей носа. На рентгенограмме костей носа костных изменений не выявлено.

Невропатолог: очаговой патологии нет, установочный нистагм. Вялость роговичных рефлексов. Тремор век, пальцев рук. Координационные пробы с интенцией. Неустойчивость в позе Ромберга. Диагноз: сотрясение головного мозга. Находился на амбулаторном лечении 2 недели.

- 1. Какие общенаучные, частнонаучные и специальные методы использованы при производстве экспертизы?*
- 2. Определите степень вреда, причинённого здоровью.*

Задача № 2

На полу в комнате в положении лежа на спине обнаружен труп Х. с огнестрельным ранением головы. На полу вокруг головы лужа крови. Рядом с трупом лежит пистолет ПМ (Макарова), на котором имеются следы крови.

При осмотре трупа обнаружено: рубашка в области воротника спереди и майка по передней поверхности пропитаны кровью. Кожные покровы бледные, чистые, за исключением лица и кистей рук, обильно покрытых засохшей кровью. В правой височной области головы имеется рана круглой формы диаметром 0,9 см с радиальными разрывами. Видимая часть раны имеет светло-красный цвет, покрыта серым налетом.

Труп на ощупь холодный. Трупные пятна ограниченные, бледно-фиолетового цвета, расположены по задней поверхности туловища, нижних конечностей, при надавливании пальцем не исчезают, но слегка бледнеют. Трупное окоченение хорошо выражено во всех группах мышц. Видимых гнилостных явлений не отмечается.

- 1. Используя данные осмотра трупа, установите давность наступления смерти.*
- 2. Выскажите суждение о возможности причинения повреждения собственной рукой.*
- 3. Какие общенаучные, частнонаучные и специальные методы использованы при производстве осмотра?*

Задача № 3

Труп гр-на В. обнаружен лежащим головой вниз на лестничном марше. Из протокола допроса подозреваемого Ц. известно, что он на лестничной площадке распивал спиртные напитки с В., уходил за спиртным, вернувшись, обнаружил В. мертвым и скрылся с места происшествия. По его мнению, повреждения В. получил в результате падения на лестнице.

При судебно-медицинском исследовании установлено: на труп одеты футболка, спортивные брюки, трусы. На передней поверхности груди, на правой реберной дуге по среднеключичной линии обнаружен кровоподтек багрово-синюшного цвета овальной формы размером 5х7см, большим размером расположенным вертикально. Соответственно кровоподтеку в мягких тканях груди имеется блестящее темно-красного цвета кровоизлияние размерами 5х7 см, толщиной 1.0 см. В проекции кровоизлияния выявлен разрыв печени длиной 7 см с крупно - зубчатыми краями. Разрыв начинается на нижнем крае печени на 4,5 см правее вырезки круглой связки, идет по диафрагмальной поверхности в направлении спереди назад и слева направо. В брюшной полости 2.5 л жидкой крови. Внутренние органы малокровны.

Также на теле потерпевшего имелись множественные мелкие ссадины коричневого цвета и пергаментной плотности на подбородке, кончике носа, на передней поверхности коленных суставов.

- 1. Выскажите обоснованное суждение о механизме травмы живота.*
- 2. Возможно ли причинение травмы живота при падении с высоты собственного роста с последующим ударом о ступеньки лестничного марша?*
- 3. Какие общенаучные, частнонаучные и специальные методы использованы при производстве осмотра?*

Задача № 4

При судебно-медицинском исследовании трупа на передней поверхности груди справа в 4-ом межреберье по среднеключичной линии обнаружена горизонтальная рана линейной формы с ровными краями длиной при сведенных краях 1,7 см. Правый конец раны острый, левый П-образный. Раневой канал идет в перпендикулярном направлении и слепо заканчивается в легком. Общая длина раневого канала 7 см. В правой плевральной полости содержится 2,5 литра жидкой крови.

- 1. Какие повреждения имелись у потерпевшего?*
- 2. Охарактеризуйте оружие, которым нанесены травмы.*
- 3. Выскажите обоснованное суждение о прижизненности или посмертности причинения повреждения.*
- 4. Какие общенаучные, частнонаучные и специальные методы использованы при производстве осмотра?*

Задача № 5

В своей квартире был обнаружен труп Т. (41г.) с обширным ранением в области шеи. Рядом с трупом находился нож, испачканный подсохшей кровью.

При судебно-медицинском исследовании трупа обнаружено: на передней поверхности майки вертикальные потеки крови. Кожные покровы бледные, чистые. На шее и кистях рук следы засохшей крови. На шее трупа, в средней трети, на левой переднебоковой поверхности имеется рана, веретенообразной формы с острыми концами, расположенная косо сверху вниз, слева направо, длиной 8 см. Нижний край раны ровный, по верхнему краю ближе к правому

концу раны имеется пять почти параллельно расположенных поверхностных насечек длиной 0,5-1,6 сантиметра. Края раны покрыты засохшей кровью. Обнаружено полное пересечение яремной вены и сонной артерии. Внутренние органы малокровны. Проба на воздушную эмболию оказалась отрицательной. В полостях сердца и в просвете крупных кровеносных сосудов следы жидкой крови. При осмотре почек корковый слой бледный широкий, резко отграничен от темных пирамид.

- 1. Какие телесные повреждения имелись у потерпевшего?*
- 2. Охарактеризуйте орудие, которым нанесены травмы.*
- 3. Выскажите обоснованное суждение о возможности причинения повреждений собственной рукой.*
- 4. Являются ли повреждения, обнаруженные у потерпевшего, прижизненными?*
- 5. Какие общенаучные, частнонаучные и специальные методы использованы при производстве осмотра?*

5.1.14 Типовые задания (оценочное средство - Задачи) для оценки сформированности компетенции ПК-22:

Задача № 1

При судебно-медицинском исследовании трупа установлено: Труп мужчины правильного телосложения. На ладонной поверхности правой кисти имеется рана веретенообразной формы с острыми концами и ровными краями. В ране видны пястные кости и пересеченные сухожилия. Кожа вокруг раны испачкана подсохшей кровью.

На передней поверхности футболки имеется вертикальное повреждение линейной формы длиной 1,8 см с П-образным верхним и острым нижними концами. От острого конца повреждения горизонтально влево отходит дополнительный разрез длиной 5,2 см заканчивающийся острым концом. Вокруг повреждения на футболке имеются следы подсохшей крови в виде горизонтальных и вертикальных потеков.

На передней поверхности груди на левой около-грудинной линии в проекции 4-го ребра имеется рана линейной формы длиной 1,8 см с П-образным верхним и острым нижними концами. Отступив 0,2 см от острого конца, горизонтально влево отходит дополнительный разрез длиной 5 см, заканчивающийся острым концом. Кожа вокруг раны испачкана подсохшей кровью. В мягких тканях груди на всю их толщину имеется блестящее темно-красного цвета кровоизлияние размерами 3х7 см, расположенное горизонтально, окружающее рану и дополнительный разрез. На 4-м ребре имеется вертикальный щелевидный дефект, верхний конец которого имеет П-образную форму шириной 0,2 см. Нижний конец дефекта острый. На передней поверхности сердечной сорочки и сердца обнаружена вертикальная рана длиной 1,8 см с П-образным верхним и острым нижними концами и отходящим от нижнего конца дополнительным разрезом, заканчивающимся острым концом, имеющим длину 3 см. Рана проникает в полость сердца. В левой плевральной полости 1,5 л крови. Внутренние органы малокровны.

- 1. Оцените полноту обобщения собранных данных при формулировке экспертных выводов.*
- 2. Оцените развернутость и понятность сформулированных комиссией экспертов экспертных выводов.*

3. . *Какие повреждения имелись у потерпевшего?*
4. . *Охарактеризуйте оружие, которым нанесена травма?*
5. . *Выскажите обоснованное суждение о возможности причинения повреждений собственной рукой потерпевшего*

Задача № 2

К. поступил в больницу с ранением груди. При поступлении состояние больного средней тяжести. На задней поверхности груди по позвоночной линии, на уровне 9-го грудного позвонка обнаружена округлая рана диаметром 0,6 см. При смыкании ее краев образуются кожные складки. Вокруг раны циркулярная полоса осаднения красно-бурого цвета шириной 0,2 см, по краям отмечено загрязнение черного цвета. При рентгенографии позвоночника в двух проекциях выявилось инородное тело цилиндрической формы длиной 1,2 см, расположенное в дужке 9-го грудного позвонка и проникающее в спино-мозговой канал. Проведена операция иссечения краев кожной раны и удаления инородного тела (кусочка металла серого цвета).

С помощью контактно - диффузионного метода в окружности иссеченной кожной раны было обнаружено отложение свинца.

При осмотре одежды наложений вокруг повреждения не выявлено.

1. . *Оцените полноту обобщения собранных данных при формулировке экспертных выводов.*
2. . *Оцените развернутость и понятность сформулированных комиссией экспертов экспертных выводов.*
3. . *Какие повреждения имелись у потерпевшего?*
4. . *Охарактеризуйте оружие, которым нанесена травма?*
5. . *Определите характер ранения.*
6. . *Установите дистанцию выстрела*

Задача № 3

При судебно-медицинском исследовании трупа в правой височной области головы обнаружена рана округлой формы диаметром 1,8 см с короткими радиальными надрывами. Вокруг раны имеется отложение копоти серого цвета на участке круглой формы размерами 6х6 см. При исследовании головы обнаружено повреждение в правой височной кости, где имеется дырчатый дефект конусовидной формы, основанием обращенный внутрь, диаметром на наружной костной пластинке 1,9 см, на внутренней - 2,1 см. Также имеется вторая рана щелевидной формы в левой височной области и соответствующий ей дырчатый дефект конусовидной формы диаметром на внутренней костной пластинке 1,9 см, на наружной – 2,5 см. Повреждения соединены раневым каналом, проходящим через височные доли и боковые желудочки головного мозга.

1. . *Определите характер ранения.*

2. *Установите дистанцию и направление выстрела.*
3. *Охарактеризуйте оружие, из которого был произведен выстрел.*

Задача № 4

Студентам предлагается ознакомиться с материалами экспертизы (вариант приведен ниже), после чего ответить (устно или письменно) на один из представленных вариантов вопросов по теме.

Вариант 1.

Сформулируйте основной вопрос, который следует поставить перед экспертом-психиатром при назначении судебно-психиатрической экспертизы.

Вариант 2.

Какие статьи УК РФ и УПК РФ являются юридическим основанием для назначения судебно-психиатрической экспертизы в данном случае?

Вариант 3.

Являются ли результаты проведенного психиатрического исследования доказательствами?

Материалы экспертизы.

Пациентка Ч.Е.Н., 1974 г, находилась на обследовании и лечении в ЛРНЦ «Феникс» с диагнозом: Патологическое влечение к азартным играм (патологический гемблинг) F 63.0. Смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации. F 43.22.

Из анамнеза. Наследственность отягощена злоупотреблением алкоголем, наркоманией среди родственников по линии матери, сосудистой патологией по линии отца. Родилась от 3-й беременности, 2-х родов, протекавших без патологии, в срок. Вес при рождении 3400 г., длина 50 см. Закричала сразу, до 8 месяцев находилась на грудном вскармливании. В 7 лет перенесла паротит, в 8 лет – ветряную оспу. С 8 лет часто болела ангинами. По характеру формировалась вспыльчивой, эмоциональной, ранимой, обидчивой, в меру общительной, чаще предпочитала находиться в одиночестве. До 9 лет любила подвижные игры со сверстниками (салки, жмурки, казаки-разбойники). Игрушки ломала, кукол стригла, выкалывала глаза.

Детские дошкольные учреждения не посещала, находилась дома с бабушкой. Воспитанием по типу доминирующей гиперпротекции со стороны матери и эмоционального отвержения со стороны отца. В семье применялись физические меры наказания.

В школу пошла 7 лет, адаптировалась легко. В 3-м классе (9 лет) с семьей переехала в город, поменяла школу. С трудом влилась в новый коллектив, отмечались дисморфобические переживания (стеснялась своей полноты, того, что у нее слишком кудрявые волосы). Училась посредственно. Любимые предметы – литература, биология, черчение.

Увлекалась легкой атлетикой, плаванием, коллекционированием открыток, однако увлечения были нестойкими. Любила ходить в походы, собирать грибы, ездить на рыбалку.

В 15 лет, после окончания 8-го класса поступила в швейное училище, где училась 3 г., во время первого года обучения жила в общежитии, затем ежедневно ездила домой.

Курит с 16 лет («не хотела быть белой вороной в училище»). Первая проба алкоголя в 17 лет. В последующем алкоголь употребляла по праздникам, в компании (шампанское, вино, пиво).

В 18 лет была подвергнута насилию. В течение месяца переживала по этому поводу, винила себя.

В 18 лет устроилась работать швеей на фабрике. В 20 лет вышла замуж, имеет 2-х детей. Отношения в семье дисгармоничные, муж злоупотребляет алкоголем, в состоянии опьянения агрессивен, бьет пациентку. Неоднократно пациентка с детьми уходила от мужа.

С 1996 г. в связи с закрытием начала работать на рынке реализатором. С 1997 г. стала готовить на заказ еду для продавцов на рынке. С 2000 г. начала периодически в свободное время играть в игровую приставку сына. Дважды (весной 2001 и 2002 г.г. работала в Москве. В июне 2002 г. в связи с беременностью вернулась в родной город. Через 2 месяца после рождения 2-го ребенка из-за финансовых трудностей была вынуждена работать (торговала на рынке). С лета 2003 г. начала вновь готовить еду для продавцов. Работа в сфере торговли не нравилась, «приходилось переступать через себя». В это время муж стал чаще выпивать, испытывала постоянное напряжение, неудовлетворенность.

В октябре 2003 г., увидев играющих в игровые автоматы людей, сама из любопытства однократно сыграла. После того, как на ее глазах знакомый выиграл 1000 рублей, любопытство возросло, стала играть периодически, когда проходила мимо автоматов. Выиграв 1.5 тыс.рублей, испытала чувство радости, эйфорию, «домой как на крыльях прилетела, хотелось прыгать, кричать, танцевать». Стала думать об игре, возникло желание сыграть вновь. Периодически играла в свободное время, сохраняя количественный контроль (при проигрыше в 100 рублей останавливалась). В ноябре по совету знакомой стала играть в другой автомат («Ковбой»), который показался интереснее и стоил дешевле (2 рубля). Стала чаще выигрывать (максимально – 1000 рублей). Во время игры «отвлекалась от всего мира, ощущала расслабление, отвлекалась от повседневных забот». С декабря дома стала думать об играх, мечтая, что завтра вновь сыграет, ходила к автоматам уже специально, но только тогда, когда позволял размер дневного заработка. В те дни, когда сидела дома с ребенком, думала об игре, но специально к автоматам не ездила.

С февраля 2004 г. стала работать ежедневно, т.к. возникли финансовые проблемы. В конце, случайно войдя в игровой зал (относила еду инкассаторам), заинтересовалась стоящими там автоматами. Из 4-х выбрала наиболее интересный для себя («побег из Алькатраса»), в который в дальнейшем и играла ежедневно. Постепенно стала нарастать экспозиция (могла играть до 1,5 часов) и частота игр. С марта 2004 г. стало возникать ощущение усталости во время игры, резь в глазах, чувство онемения в руках, покалывание в сердце. Нарушился сон (затруднено засыпание), стала испытывать постоянную возбужденность, внутреннюю дрожь в теле. Начала занимать деньги у инкассаторов (по 100-200 рублей). В апреле выросла экспозиция (до 4-х часов), стала делать большие ставки и соответственно больше выигрывать. Максимальный выигрыш составил 11,5 тыс. рублей. Деньги приносила домой, но на следующий день брала их для игры. Могла проиграть зарплату мужа, занимала деньги у

соседей, у инкассаторов. Старалась уже каждую свободную минуту провести в игровом зале, играла по несколько раз в день (в перерывах, после работы, несколько раз приезжала специально из дома). Максимальная экспозиция около 8 часов. В связи с появившимся увлечением ухудшились взаимоотношения с родителями, которые пытались предостеречь ее. После игр стали возникать головокружение, головные боли. Постепенно снизилось либидо. В мае стала избегать общения, шумные компании, предпочитала одиночество. Влечение к играм стало доминировать в сознании, вытесняя другие потребности, стала меньше времени уделять детям.

21 мая 2004 г. планировала после работы купить продукты на рынке для приготовлений к дню рождения мужа, который собирались отмечать 22 мая. Утром собрала на рынке заказ и приготовила еду в квартире матери. Настроение было обычным. Около 10 ч. 30 мин стала разносить еду. Было желание скорее раздать все и идти играть. Часть вырученных денег потратила на продукты, со 150 рублями вошла в игровой зал. В процессе игры испытывала раздражение, т.к. за спиной стояло много «зевак», наблюдавших за игрой (что бывало и ранее). Проиграв 150 рублей, во время перерыва на инкассацию пошла на рынок за оставленными продуктами, которые отнесла в квартиру матери. Там встретила родственницу, с которой вынуждена была общаться. Во время разговора испытывала возбужденность, внутреннюю дрожь, думала только о том, чтобы скорее вернуться в игровой зал, т.к. обещала мужу вернуться домой пораньше с целью приготовления к предстоящему торжеству. Взяв у матери 2000 рублей (для продуктов на праздничный стол) и, купив продукты на половину суммы, около 12 ч. 30 мин вошла в игровой зал. 1000 рублей оставила специально для игры. Проиграв всю сумму, стала просить инкассатора «ставить» в долг по 500-1000 рублей. Инкассатор со своей стороны предлагала сыграть еще, т.к. предполагала предстоящий выигрыш. В конце игры сумма долга составила 2500 рублей. Несмотря на сложившийся стереотип (отдавать деньги утром), инкассатор стала требовать возврата долга в тот же вечер, аргументируя опасениями предстоящей ревизии. В 16 ч. пациентка поехала домой. За ужином выпила с мужем по 0,5 литра пива и начала готовить еду. Весь вечер думала о том, под каким предлогом ей выйти из дома, чтобы вернуть долг инкассатору. Около 22 ч., взяв из дома 1500 рублей, поехала с сыном к матери (отвозить продукты для рынка). Испытывала тревогу, переживала, как признаться в проигрыше мужу. В то же время «испытывала острое желание поиграть и отыграться». Оставив сына у матери, пошла в игровой зал. Отдав 1500 рублей, стала просить инкассатора отсрочить выплату оставшегося долга до завтра. По реакции инкассатора поняла, что у той плохое настроение, предположила, что она с кем-то поссорилась, т.к. была необычно агрессивно настроена. Просила также сыграть еще в долг, на что получила отказ. Кроме того, со слов пациентки, инкассатор начала кричать, обзывать и шантажировать пациентку тем, что расскажет все родителям и мужу пациентки. В ответ пациентка стала шантажировать инкассатора тем, что заявит на нее в милицию по поводу торговли наркотиками. Завязалась драка. Инкассатор схватила нож и стала угрожать пациентке, пациентка отобрала у нее нож, поранив 2 пальца и, когда инкассатор нагнулась за стулом, нанесла ей удар ножом в спину, считая, что инкассатор хочет нанести ей удар стулом. Как наносила остальные удары, не помнит. Придя в себя, увидела, что инкассатор не шевелится и не дышит. Поняв, что убила человека, почувствовала тошноту, учащенное сердцебиение, приливы жара и озноба, ощущение «ватности» ног. Возникла мысль: «Что же я натворила?!» Некоторое время стояла в растерянности, глядя на труп. Затем, осмотрев свою одежду, взяла нож и, шатаясь, вышла на улицу, где возникла рвота. Доехав на маршрутном такси до дома, выбросила нож. По пути

домой и дома мучила мысль, признаться ли ей в содеянном или нет, как жить дальше. Придя домой, осмотрела свою одежду, переделалась, приняла душ. Неотступно перед глазами возникала картина убитой ею женщины, что сопровождалось тошнотой и рвотой. Отмечалась борьба мотивов: с одной стороны, считала, что должна понести наказание, с другой – боялась этого. Возникли суицидальные мысли. Всю ночь не могла уснуть, отмечались онемение конечностей, сердцебиение, головокружение, слабость. Утром «все валилось из рук», «коленки подгибались», была подавлена. На расспросы родных, что случилось, ссылалась на головную боль. Днем как обычно отработала. Глядя на толпу людей, стоявших возле зала игровых автоматов, ощущала звон в ушах, казалось, что потеряет сознание. Вечером на расспросы гостей отвечала, что близко к сердцу восприняла известие об убийстве инкассатора. 24-го мая была вызвана к следователю. По пути приняла решение сделать признание. Ночь провела в СИЗО. При выезде на место происшествия вновь ощутила тошноту.

Первые недели после содеянного плакала, не могла смотреть в глаза близким. Снижился аппетит, похудела на 15 кг, исчезло либидо, появились головные боли в затылочной области, головокружение, боли в сердце колющего и ноющего характера, чувство нехватки воздуха, раздражительность, утомляемость; нарушился сон, перед сном возникали наплывы воспоминаний, хотелось кричать, часто просыпалась ночью. Испытывала тревогу, была подавлена, залеживалась, никого не хотела видеть, все делала автоматически, через силу. Возникли суицидальные мысли.

Психический статус на момент поступления: Сознание ясное, алло- и ауопсихически ориентирована правильно. Мимика и пантомимика, эмоциональные реакции живые, несколько неадекватны ситуации, при беседе улыбается. Речь в обычном темпе, на вопросы отвечает в плане заданного. Жалобы на тревогу, раздражительность, частую смену настроения по малейшему поводу, головокружение, головные боли в затылочной и височных областях (и распирающего, и сдавливающего характера), затрудненное засыпание, поверхностный сон, отсутствие чувства отдыха после сна, вялость, разбитость, неотступные мысли о совершенном деянии, переживания о своем будущем, рассеянность внимания, ухудшение памяти, снижение аппетита, либидо. Отмечает, что состояние возникло 21 мая, в настоящее время отмечается послабление симптоматики (появилось желание выполнять работу по дому, заниматься воспитанием детей), что связывает с поддержкой и пониманием со стороны мужа. Отмечает, что несмотря на возникшую проблему сохраняется влечение к игре, сдерживаемое усилием воли, что и явилось причиной обращения в Центр «Феникс». Свое состояние считает болезненным.

Соматический статус: гиперстенического телосложения, повышенного питания. Кожные покровы обычной окраски. АД – 130/90 мм рт ст. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык обложен бело-желтым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Отмечается отеки конечностей.

Неврологический статус: в позе Ромберга устойчива. Пальценосовую пробу выполняет с легкой интенцией слева. Отмечается асимметрия носогубных складок (левый угол рта ниже правого), положительный симптом Хвостека с обеих сторон. Сухожильные рефлексы живые, слева выше.

Данные дополнительных методов исследования:

МРТ головного мозга с ангиографией 11.08.04 г.: Белое и серое вещество дифференцируются нечетко (из-за артефактов). МРТ-признаков патологических изменений структур головного мозга не выявлено.

ЭЭГ 10.08.04 г.: В записи прослеживается межрегионарная асимметрия. В передних отделах мозга (лобные области) изменения по органическому типу. Четко сформирован фокус пароксизмальной активности в глубоких отделах мозга (передние отделы ствола).

РЭГ 10.08.04 г.: наполнение крупных, средних и мелких артериальных стволов слева значительно повышено, тонус артерий мелкого калибра и артериол значительно повышен справа, периферическое сопротивление значительно повышено, венозный отток значительно затруднен в обоих бассейнах.

Общий анализ крови 10.08.04 г. без патологии.

Биохимический анализ крови – повышение уровня АСТ (1,26)

Гормональное исследование 10.08.04 г.: повышение уровня тестостерона – 1,38 нг/мл (норма 0,07-0,65), снижение уровня ФСГ - 1,94 (норма 3,4 –12,0).

Опросник депрессии Бека 11.08.04 г. – 16 баллов, шкала тревоги Шихана – 110 баллов.

Патопсихологическое исследование 12.08.04 г. (психолог Баранова И.В.): «При обследовании на первый план выступают признаки выраженной социальной дезадаптации при эмоционально-личностном паттерне психопатической личности экспансивно-шизоидного типа с высоким риском агрессивного поведения в сочетании с умеренными нарушениями произвольности познавательных процессов и полимодальными соматическими жалобами.

27.08.04 г. проведен консилиум в составе врачей: Кравцовой С.П., Солдаткина В.А., Мирзаевой Л.М., установлен диагноз: «Болезнь зависимого поведения (нехимическая зависимость – патологическое влечение к азартным играм), 2-я стадия» (нозологический), «Патологический гемблинг», «Смешанная тревожно-депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации» (по МКБ-10), разработана тактика лечения.

Ситуационная задача. Студентам предлагается ознакомиться с материалами экспертизы (вариант приведен ниже), после чего ответить (устно или письменно) на вопросы по теме.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

комиссионной посмертной судебно-психиатрической экспертизы по делу об установлении факта родственных отношений и признании завещания Т.Т.В. недействительным.

Комиссионная посмертная судебно-психиатрическая экспертиза произведена согласно определения судьи ... от 19 сентября 2001 года) комиссией в составе: ...

Перед экспертами поставлен следующий вопрос:

Могла ли Т.Т.В. в силу своего состояния здоровья отдавать отчет в своих действиях и руководить ими на момент составления завещания 11 июня 1998 года?

В распоряжение экспертов были предоставлены материалы гражданского дела №..., медицинская карта №... стационарного больного, амбулаторная карта на 65 листах, история болезни №... стационарного больного, амбулаторная карта из Ростовского городского онкологического диспансера №...

Права и обязанности эксперта, предусмотренные ст. 76 РФ, разъяснены. Об уголовной ответственности по ст.ст. 307, 308 УК РФ за дачу заведомо ложного заключения предупреждены (подписи экспертов).

5.1.15 Типовые задания (оценочное средство - Задачи) для оценки сформированности компетенции ПСК 1.2:

Задача № 1.

Из направления следует, что со слов гр-ки А. 15-ти лет она была изнасилована неизвестным гражданином 3 августа 2007 года.

Свидетельствуемая пояснила, что менструации регулярные с 13-летнего возраста, последние прошли 2-4 августа 2007 года. Половую жизнь до 3 августа отрицает, венерические заболевания отрицает, из перенесенных заболеваний отмечает простудные. Курит, алкоголь употребляет редко.

Свидетельствуемая правильного телосложения, удовлетворительного питания. Наружные половые органы развиты правильно, волосистый покров на лобке хорошо выражен по женскому типу. Большие половые губы прикрывают малые. Слизистая преддверия влагалища бледно-розовая. Девственная плева кольцевидной формы, с двумя естественными выемками, не достигающими до основания плевы, расположенными соответственно 3 и 9 часам условного часового циферблата глубиной 0,2 см. Края выемок тонкие по цвету одинаковые с остальными участками плевы. Плева высокая, мясистая (высотой до 0,6 см). Отверстие плевы 0,8 см, при введении кончика пальца в отверстие плевы определяется кольцо сокращения. Окраска плевы равномерная бледно-розовая. Каких-либо повреждений в области наружных половых органов, заднепроходного отверстия и на других участках тела не имеется.

1. *Нарушена ли целостность девственной плевы гр-ки А. ?*
2. *Имеются ли на теле гр-ки А. телесные повреждения?*
3. *Какие следственные версии проверяются посредством собирания сведений, приведенных в задаче?*
4. *Какие еще следственные действия необходимо провести для обеспечения полноты собранных доказательств по делу?*
5. *Какими нормами УК и УПК РФ руководствовался следователь при собирании представленных сведений?*

Задача № 2

Исследуя труп 57-летнего мужчины, обнаруженного мертвым в постели с ссадинами и кровоподтеками на плечах и предплечьях, кровоизлияниями и рваными ранами на слизистой оболочке преддверия рта на уровне зубов, установлены признаки быстрой смерти с явлениями недостатка кислорода (обильные трупные пятна фиолетовой окраски, цианоз лица, кровоизлияния в соединительнотканых оболочках век, под легочной плеврой, резкое венозное полнокровие паренхиматозных органов), признаки выраженного атеросклероза и коронаросклероза с тяжелым стенозом передней межжелудочковой артерии. Содержание алкоголя в крови 3,9‰. Других ядов не установлено.

1. *Выскажите суждение о предполагаемой причине смерти.*
2. *Какие следственные версии проверяются посредством собирания сведений, приведенных в задаче?*
3. *Какие еще следственные действия необходимо провести для обеспечения полноты*

собранных доказательств по делу?

4. *Какими нормами УК и УПК РФ руководствовался следователь при собирании представленных сведений?*

Задача № 3

При судебно-медицинском исследовании трупа установлено: трупные пятна синевато-розового цвета расположены на задней и боковой поверхности тела. По всей поверхности тела отмечаются участки ознобления. Лицо синюшное. В носовых ходах, полости рта и в просвете трахеи и главных бронхов большое количество мелкопузырчатой пены белого цвета. В плевральной и брюшной полостях по 500 мл прозрачной жидкости. Легкие резко вздуты с отпечатками ребер на их поверхности, на разрезах темно-красного цвета, с поверхности разрезов стекает темная жидкая кровь и пенная жидкость. Под висцеральной плеврой легких множественные кровоизлияния светло-красного цвета диаметром до 0,8 см. В полостях сердца и просвете крупных сосудов жидкая кровь. В желудке 700 мл жидкости (воды). Внутренние органы полнокровны. При вскрытии придаточных пазух и средних ушей из полостей вытекает жидкость (вода). От органов и полостей трупа ощущается запах алкоголя.

1. *Определите вероятную причину смерти.*
2. *Какие следственные версии проверяются посредством собирания сведений, приведенных в задаче?*
3. *Какие еще следственные действия необходимо провести для обеспечения полноты собранных доказательств по делу?*
4. *Какими нормами УК и УПК РФ руководствовался следователь при собирании представленных сведений?*

Задача № 4

Зимой на снегу обнаружен труп пожилого мужчины. На усах имелись сосульки, под телом подтаивание снега.

При судебно-медицинском исследовании трупа установлено: трупные пятна синевато-фиолетового цвета с розовым оттенком. На нижних конечностях участки ознобления кожи. В области коленных суставов кровоподтеки багрового цвета. Яички втянуты в паховые кольца. В коронарных артериях множественные плоские бляшки, в области одной из бляшек в верхней трети нисходящей ветви левой венечной артерии кровоизлияние темно-красного цвета, диаметром 0,5 см. Мышца сердца с неравномерным кровенаполнением, участками мелкого и среднеочагового кардиосклероза. Легкие красного цвета, с поверхности разрезов стекает красная жидкая кровь. В желудке небольшое количество вязкой слизи. Слизистая его серого цвета с единичными точечными кровоизлияниями коричневого цвета на вершинах складок. Почки полнокровны, под слизистой лоханок блестящие темно-красного цвета кровоизлияния. В крови обнаружен алкоголь в количестве 2,5‰.

1. *Выскажите обоснованное суждение о причине смерти.*
2. *Какие следственные версии проверяются посредством собирания сведений, приведенных в задаче?*
3. *Какие еще следственные действия необходимо провести для обеспечения полноты собранных доказательств по делу?*
4. *Какими нормами УК и УПК РФ руководствовался следователь при собирании представленных сведений?*

Задача № 5

После тушения пожара обнаружен труп мужчины. При судебно-медицинском исследовании установлено: обрывки обгоревшей одежды фиксированы на теле. После снятия ее на коже видны ожоги только 3-4 степени. На лице вокруг глаз имеются морщины. При расправлении их в глубине складок видна неповрежденная кожа. Мягкие ткани головы, шеи, груди и живота на разрезах ярко-красного цвета. Слизистая оболочка дыхательных путей розово-желтого цвета с большим количеством мелких частиц черного цвета на поверхности. В просвете сердца и крупных сосудов жидкая светло-красная кровь. При судебно-токсикологическом исследовании крови карбоксигемоглобин обнаружен в количестве 62%.

1. *Выскажите суждение о причине смерти.*
2. *Выскажите о прижизненности или посмертности действия пламени.*
3. *Какие следственные версии проверяются посредством собирания сведений, приведенных в задаче?*
4. *Какие еще следственные действия необходимо провести для обеспечения полноты собранных доказательств по делу?*
5. *Какими нормами УК и УПК РФ руководствовался следователь при собирании представленных сведений?*

Критерии оценивания (оценочное средство - Задачи)

Оценка	Критерии оценивания
превосходно	-
отлично	Решение задачи правильное, соответствует закону и практике его применения. Ответ изложен четко и логично; является достоверным и содержит элементы сравнительного анализа.
очень хорошо	-
хорошо	Решение задачи правильное, соответствуя закону и практике его применения. Однако, имеются неточности в толковании закона, не влияющие на правильность разрешения конкретной практической ситуации.
удовлетворительно	Ответ по задаче содержит принципиальные ошибки в толковании норм права, которые могут привести к неверному решению на практике.
неудовлетворительно	Решение задачи не правильное, что показывает отсутствие знаний закона и невозможность его применения.
плохо	-

5.1.16 Типовые задания (оценочное средство - Эссе) для оценки сформированности компетенции ОК-8:

1. Закон криминалистической трансформации достижений естественных наук и судебной медицины.
2. Доказательственное значение нозологического и синдромного судебно-медицинского диагнозов в судебной практике.

3. Задачи судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе.

5.1.17 Типовые задания (оценочное средство - Эссе) для оценки сформированности компетенции ПК-10:

1. Структура судебно-медицинского диагноза и его значение в Заключение эксперта, как доказательства.
2. Юридическое значение современных научных концепций и системы понятий, составляющие теоретическую базу судебной медицины.
3. Система криминалистических и судебно-медицинских задач, требующих использования понятия «гомеостаз».
4. Версионная деятельность следователя и эксперта, построенная на кибернетической модели саморегуляции отдельных систем организма.
5. Проблема квалификации по ст. 105 и ст. 111 ч. 4 УК РФ и возможности ее решения на основе понятия срыва гомеостаза саморегулирующихся жизненно важных систем при внешнем повреждении.
6. Уголовно-правовое и криминалистическое значение судебно-медицинского установления патогенеза и танатогенеза при производстве судебно-медицинской экспертизы.
7. Доказательственное значение компьютерных методов моделирования пато- и танатогенеза на основе общепатологических и компенсаторно-приспособительных процессов при различных повреждающих воздействиях внешних факторов
8. Достоинства и упущения действующих медицинских критериев оценки степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека.
9. Значение экспертной ошибки и ее правовая оценка.
10. Правовое понятие и причины возникновения врачебных ошибок.
11. Статистические методы принятия решений в криминалистике и судебно-медицинской диагностике.
12. Базы знаний по судебной медицине и использование их следственными органами.
13. Экспертные системы в судебной медицине и психиатрии.
14. Судебно-медицинские знания как основа криминалистического моделирования механизма причинения смерти.
15. Понятие о дееспособности и недееспособности. Правовые последствия признания гражданина недееспособным. Опекунство и его назначение.

5.1.18 Типовые задания (оценочное средство - Эссе) для оценки сформированности компетенции ПК-21:

1. Значение экспертной ошибки и ее правовая оценка.
2. Правовое понятие и причины возникновения врачебных ошибок.
3. Понятие о невменяемости

5.1.19 Типовые задания (оценочное средство - Эссе) для оценки сформированности компетенции ПК-22:

1. Развитие криминалистики за счет использования теории и практики судебно-медицинской диагностики и семиотики.
2. Закон криминалистической трансформации достижений естественных наук и судебной медицины.
3. Доказательственное значение нозологического и синдромного судебно-медицинского диагнозов в судебной практике.
4. Структура судебно-медицинского диагноза и его значение в Заключение эксперта, как доказательства.

5.1.20 Типовые задания (оценочное средство - Эссе) для оценки сформированности компетенции ПСК 1.2:

1. Статистические методы принятия решений в криминалистике и судебно-медицинской диагностике.
2. Базы знаний по судебной медицине и использование их следственными органами.
3. Экспертные системы в судебной медицине и психиатрии.
4. Судебно-медицинские знания как основа криминалистического моделирования механизма причинения смерти.

Критерии оценивания (оценочное средство - Эссе)

Оценка	Критерии оценивания
превосходно	-
отлично	Тема эссе полно раскрыта, аргументация четкая и логичная, присутствуют собственные выводы, высокая техника выступления
очень хорошо	-
хорошо	Тема эссе полно раскрыта, но материал не совсем логично и четко изложен, временами отсутствуют собственные выводы
удовлетворительно	Тема эссе раскрыта не полностью, материал изложен нелогично, отсутствуют собственные выводы
неудовлетворительно	Тема эссе не раскрыта, материал изложен нелогично, отсутствуют собственные выводы
плохо	-

5.2. Описание шкал оценивания результатов обучения по дисциплине при промежуточной аттестации

Шкала оценивания сформированности компетенций

Уровень сформированности компетенций (индикатора достижения компетенций)	плохо	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	очень хорошо	отлично	превосходно
	не зачтено			зачтено			
<u>Знания</u>	Отсутствие знаний теоретического материала. Невозможность оценить полноту знаний вследствие отказа обучающегося от ответа	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки	Минимально допустимый уровень знаний. Допущено много негрубых ошибок	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено несколько негрубых ошибок	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено несколько несущественных	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Ошибок нет.	Уровень знаний в объеме, превышающем программу подготовки.

					ошибок		
<u>Умения</u>	Отсутствие минимальных умений. Невозможность оценить наличие умений вследствие отказа обучающегося от ответа	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, но не в полном объеме	Продемонстрированы все основные умения. Решены все основные задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания в полном объеме, но некоторые с недочетами	Продемонстрированы все основные умения. Решены все основные задачи. Выполнены все задания в полном объеме, но некоторые с недочетами	Продемонстрированы все основные умения. Решены все основные задачи с отдельным и несущественными недочетами, выполнены все задания в полном объеме	Продемонстрированы все основные умения. Решены все основные задачи. Выполнены все задания, в полном объеме без недочетов
<u>Навыки</u>	Отсутствие базовых навыков. Невозможность оценить наличие навыков вследствие отказа обучающегося от ответа	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки	Имеется минимальный набор навыков для решения стандартных задач с некоторым и недочетами	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач с некоторым и недочетами	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач без ошибок и недочетов	Продемонстрированы навыки при решении нестандартных задач без ошибок и недочетов	Продемонстрирован творческий подход к решению нестандартных задач

Шкала оценивания при промежуточной аттестации

Оценка		Уровень подготовки
зачтено	превосходно	Все компетенции (части компетенций), на формирование которых направлена дисциплина, сформированы на уровне не ниже «превосходно», продемонстрированы знания, умения, владения по соответствующим компетенциям на уровне выше предусмотренного программой
	отлично	Все компетенции (части компетенций), на формирование которых направлена дисциплина, сформированы на уровне не ниже «отлично».
	очень хорошо	Все компетенции (части компетенций), на формирование которых направлена дисциплина, сформированы на уровне не ниже «очень хорошо»
	хорошо	Все компетенции (части компетенций), на формирование которых направлена дисциплина, сформированы на уровне не ниже «хорошо».
	удовлетворительно	Все компетенции (части компетенций), на формирование которых направлена дисциплина, сформированы на уровне не ниже «удовлетворительно», при этом хотя бы одна компетенция сформирована на уровне «удовлетворительно»
не зачтено	неудовлетворительно	Хотя бы одна компетенция сформирована на уровне «неудовлетворительно».
	плохо	Хотя бы одна компетенция сформирована на уровне «плохо»

5.3 Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки результатов обучения на промежуточной аттестации с указанием критериев их оценивания:

5.3.1 Типовые задания (оценочное средство - Контрольные вопросы) для оценки сформированности компетенции ОК-8

1. Важнейшие закономерности и понятия судебной медицины, раскрывающиеся в истории возникновения и развития судебно-медицинских знаний: в древнем мире, в средние века, отечественной судебной медицины в период XX века. Выдающиеся ученые каждого периода.
2. Содержание и значение приказа Минздравсоцразвития РФ «Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» от 24 апреля 2008 г. № 194н.
3. Объясните необходимость рассматривать срыв гомеостаза саморегулирующихся жизненно важных систем при внешнем повреждении как основу квалификации по ст. 105 и ст. 111 ч. 4 УК РФ.
4. Определение давности наступления смерти по ранним и поздним трупным явлениям.
5. Законодательная регламентация деятельности судебных психиатров при проведении судебно-психиатрической экспертизы, принудительных мер медицинского характера, лечения осужденных.
6. Признаки и способы распознавания основных психических расстройств в судебно-следственной практике.

5.3.2 Типовые задания (оценочное средство - Контрольные вопросы) для оценки сформированности компетенции ПК-10

1. Содержание и значение Приказа Минздравсоцразвития от 12 мая 2010 г. № 346н.
2. Важнейшие закономерности и понятия судебной медицины, раскрывающиеся в истории возникновения и развития судебно-медицинских знаний: в древнем мире, в средние века, отечественной судебной медицины в период XX века. Выдающиеся ученые каждого периода.
3. Что такое процессы переживания тканей и клеток.
4. Почему прижизненные и посмертные реакции берутся за основу определения давности, прижизненности и последовательности причинения повреждений.
5. Методы регистрации ранних и поздних посмертных явлений.
6. Методика математического моделирования посмертного охлаждения с целью определения давности наступления смерти.
7. Классификация видов смерти, внешние и внутренние причины ее наступления.
8. Чем вызвана необходимость оценки влияния медицинской помощи на исход повреждения при определении тяжести причинения вреда здоровью.
9. Рассмотрите проблемные вопросы уголовно-правовой квалификации преступлений против жизни и здоровья и судебно-медицинское обеспечения их разрешения.
10. Изложите частную криминалистическую методику расследования ятрогений.
11. Различие и последовательность патологоанатомической и судебно-медицинской оценки качества оказания медицинской помощи.
12. Методы прогнозирования в медицине и судебной медицине. Прогноз развития заболевания у пациента, прогнозирование причин и механизмов танатогенеза.
13. Экспертные ошибки.
14. Медицинские показания для проведения диагностических и лечебных мероприятий.
15. Правила заполнения медицинских документов.
16. Научные направления в судебной медицине и психиатрии. Ведущие ученые России и отечественные школы судебных медиков.
17. Структура Бюро СМЭ, организация работы отделений.
18. Организация работы специалиста при производстве осмотра трупа на месте его обнаружения.
19. Производство эксгумации.
20. Назначение судебно-медицинской экспертизы и оценка заключения эксперта при дорожно-транспортных происшествиях.

21. Назначение судебно-медицинской экспертизы и оценка заключения эксперта при отравлениях
22. Отличие эпилептического припадка от его симуляции
23. Права и обязанности психиатра - эксперта.
24. Виды судебно – психиатрических экспертиз.
25. Обоснование приостановления производства по делу в связи с психическим расстройством, возникшем после совершения преступления, вопросы перед судебно-психиатрической экспертизой.

5.3.3 Типовые задания (оценочное средство - Контрольные вопросы) для оценки сформированности компетенции ПК-21

1. Содержание и назначение Федерального закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» от 31 мая 2001 года.
2. Расскажите современные научные концепции, составляющие теоретическую базу судебной медицины.
3. Что такое основная и непосредственная причины смерти, в чем выражается их судебно-медицинское значение.
4. Раскройте понятие врачебной ошибки. Укажите причины их возникновения.
5. Изложите статистические методы учета врачебных ошибок.
6. Медицинская и судебно-медицинская документация.
7. Причины и распространённость психических расстройств.
8. Психические и поведенческие расстройства вследствие злоупотребления психоактивными веществами (алкоголизм, наркомания).
9. Шизофренический дефект личности как основание попыток вовлечения лиц в преступную деятельность.
10. Мотивация самоубийства и расширенного самоубийства лиц с депрессивным расстройством.
11. Основания назначения судебно-психиатрической экспертизы.
12. Обязательное назначение судебной экспертизы.
13. Задачи работников органов следствия и суда при назначении и проведении судебно-психиатрической экспертизы.
14. Обоснование статуса государственного судебно-психиатрического эксперта.
15. Законодательная регламентация назначения стационарной судебно-психиатрической экспертизы.
16. Комплексные судебно-психиатрические экспертизы

5.3.4 Типовые задания (оценочное средство - Контрольные вопросы) для оценки сформированности компетенции ПК-22

1. Правовые причины возникновения потребности использования в медицинских знаниях в уголовном и гражданском процессе.
2. Что такое гомеостаз. Рассмотрите кибернетическую модель саморегуляции отдельных систем организма.
3. Юридическое значение и медицинская основа медицинских критериев оценки степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека.
4. Представьте методы диагностического исследования и моделирование принятия решений при диагностическом процессе в медицине и в судебно-медицинской экспертизе.
5. Уголовно-правовое понятие риска и его экспертное исследование фактической стороны принятия решений в условиях риска при исследовании качества оказания медицинской помощи.
6. Вероятностные методы оценки степени тяжести состояния пациента (на примере черепно-мозговой травмы).
7. Компьютерные технологии в судебной медицине и психиатрии и судебно-медицинской экспертизе.
8. Предупреждение опасных действий граждан с психическим расстройством в сфере здравоохранения и правоохранительной деятельности.
9. Процедура судебного контроля при помещении лица с психическим расстройством в психиатрический стационар в недобровольном порядке.
10. Источники информации о психическом расстройстве подозреваемых, обвиняемых.

11. Задачи судебно-психиатрической экспертизы в уголовном процессе.
12. Законодательные гарантии прав лиц с психическим расстройством самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном судопроизводстве.
13. Значение выявления временных психических расстройств лиц во время совершения уголовно-наказуемого деяния для решения вопроса об их вменяемости.
14. Слабоумие, как признак потенциально опасных действий лиц.
15. Особенности производства о применении принудительных мер медицинского характера.
16. Законодательная регламентация назначения принудительных мер медицинского характера в виде амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра наряду с наказанием.

5.3.5 Типовые задания (оценочное средство - Контрольные вопросы) для оценки сформированности компетенции ПСК 1.2

1. Процессуальные основы использования специальных знаний в уголовном судопроизводстве.
2. Каковы процессуальный статус, права и обязанности специалиста и эксперта.
3. Раскройте систему современных научных понятий медицины и укажите ее прикладное значение.
4. Раскройте понятие патогенеза и танатогенеза.
5. Объясните основные методы моделирования пато- и танатогенеза на основе общепатологических и компенсаторно-приспособительных процессов при различных повреждающих воздействиях внешних факторов.
6. Судебно-медицинское значение фоновой патологии и связь ее с причиной смерти.
7. Значение медицинских документов как источника доказательств в уголовном процессе.
8. Экспертиза живых лиц.
9. Критерии оценки тяжести телесных повреждений.
10. Назначение судебно-медицинской экспертизы и оценка заключения эксперта при механической асфиксии.
11. Назначение судебно-медицинской экспертизы и оценка заключения эксперта при механической травме.
12. Назначение судебно-медицинской экспертизы и оценка заключения эксперта при переохлаждении.
13. Психическое расстройство, терминология международной «Классификации психических и поведенческих расстройств» (МКБ-10), сопоставление с традиционными терминами отечественной психиатрии.
14. Потенциально опасные варианты бредовых идей по содержанию.
15. Психиатрическая помощь и принципы её оказания, структура.
16. Основания недобровольной психиатрической помощи.
17. Заключение судебно – психиатрической экспертизы, оценка следствием и судом.
18. Особенности психиатрического стационара для проведения судебно-психиатрической экспертизы лиц, находящихся под стражей.
19. Критерии невменяемости, ограниченной вменяемости обвиняемых, подсудимых, вопросы перед экспертами – психиатрами.
20. Понятие хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия, иного болезненного состояния психики. Основные разновидности.
21. Расстройства личности (психопатии), проявления, варианты нарушения влечений.
22. Основания экспертного решения об обвиняемых с расстройством личности о правоприменении в соответствии с нормой об «ограниченной вменяемости».
23. Основания применения принудительных мер медицинского характера, цели.
24. Виды принудительных мер медицинского характера.
25. Правовые основы предупреждения повторных правонарушений лиц с психическим расстройством после отмены принудительного лечения.
26. Законодательные гарантии прав лиц с психическим расстройством, возникшем после совершения преступления.
27. Психические и поведенческие расстройства вследствие злоупотребления психоактивными веществами (алкоголизм, наркомания).
28. Признаки патологического опьянения, особенности обращения с лицами при их задержании.
29. Шизофренический дефект личности, основание попыток вовлечения лиц в преступную

- деятельность.
30. Отличие эпилептического припадка от установочного (симуляция).
 31. Возможные экономические правонарушения лиц в дебюте маниакального состояния аффективных расстройств настроения (маниакально-депрессивный психоз).
 32. Мотивация самоубийства и расширенного самоубийства лиц с депрессивным расстройством.
 33. Признаки и способы распознавания основных психических расстройств в судебно- следственной практике.
 34. Потенциально опасные варианты бредовых идей по содержанию.
 35. Психиатрическая помощь и принципы её оказания, структура.
 36. Предупреждение опасных действий граждан с психическим расстройством в сфере здравоохранения и правоохранительной деятельности.
 37. Основания недобровольной психиатрической помощи.
 38. Процедура судебного контроля при помещении лица с психическим расстройством в психиатрический стационар в недобровольном порядке.

Критерии оценивания (оценочное средство - Контрольные вопросы)

Оценк а	Критерии оценивания
зачтено	<p>– высокий уровень подготовки, которой существенно выше среднего, возможно, с очень незначительными погрешностями, необходимые практические навыки работы с освоенным материалом сформированы, все предусмотренные рабочей программой дисциплины учебные задания выполнены, качество их выполнения оценено числом баллов, близким к максимальному</p> <p>– в целом хорошая подготовка с рядом заметных ошибок, некоторые практические навыки работы с освоенным материалом сформированы недостаточно, все предусмотренные рабочей программой дисциплины учебные задания выполнены.</p> <p>– подготовка, удовлетворяющая минимальным требованиям. Теоретическое содержание дисциплины освоено частично, некоторые практические навыки работы не сформированы, многие предусмотренные рабочей программой дисциплины учебные задания не выполнены, либо качество выполнения некоторых из них низкое.</p>
не зачтено	содержание дисциплины не освоено. Необходимые практические навыки работы не сформированы, все предусмотренные рабочей программой дисциплины учебные задания выполнены с грубыми ошибками либо не выполнены, необходима дополнительная подготовка для успешного прохождения испытания.

6. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины (модуля)

Основная литература:

1. Буромский Иван Владимирович. Судебная медицина : Учебник / Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова. - 1. - Москва : ООО "Юридическое издательство Норма", 2022. - 688 с. - ВО - Специалитет. - ISBN 978-5-00156-015-9. - ISBN 978-5-16-107920-1. - ISBN 978-5-16-015479-4., <https://e-lib.unn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=FindDocs&ids=791685&idb=0> .
2. Судебно-медицинская энтомология : практическое пособие для вузов / Е. Х. Баринов, А. Н. Приходько, О. С. Лаврукова, С. В. Шигеев ; под редакцией Е. Х. Баринова, А. Н. Приходько. - Москва : Юрайт, 2024. - 120 с. - (Высшее образование). - ISBN 978-5-534-18493-8. - Текст :

электронный // ЭБС "Юрайт"., [https://e-](https://e-lib.unn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=FindDocs&ids=891436&idb=0)

[lib.unn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=FindDocs&ids=891436&idb=0](https://e-lib.unn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=FindDocs&ids=891436&idb=0)

3. Хохлов Владимир Васильевич. Руководство по судебной медицине. Травматология : учебное пособие для вузов / В. В. Хохлов. - 5-е изд. - Москва : Юрайт, 2024. - 556 с. - (Высшее образование). - ISBN 978-5-534-17201-0. - Текст : электронный // ЭБС "Юрайт"., <https://e-lib.unn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=FindDocs&ids=891711&idb=0>

Дополнительная литература:

1. Клевно В. А. Судебная медицина : учебник / В. А. Клевно, В. В. Хохлов. - 2-е изд. ; пер. и доп. - Москва : Юрайт, 2023. - 413 с. - (Высшее образование). - ISBN 978-5-534-05195-7. - Текст : электронный // ЭБС "Юрайт"., [https://e-](https://e-lib.unn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=FindDocs&ids=848507&idb=0)

[lib.unn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=FindDocs&ids=848507&idb=0](https://e-lib.unn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=FindDocs&ids=848507&idb=0) .

2. Березанцев А. Ю. Судебная психиатрия + доп. Материал в ЭБС / Березанцев А. Ю. - 3-е изд. ; пер. и доп. - Москва : Юрайт, 2022. - 539 с. - (Высшее образование). - URL:

<https://urait.ru/bcode/488377> (дата обращения: 05.01.2022). - ISBN 978-5-534-06583-1 : 1599.00. -

Текст : электронный // ЭБС "Юрайт"., [https://e-](https://e-lib.unn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=FindDocs&ids=785019&idb=0)

[lib.unn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=FindDocs&ids=785019&idb=0](https://e-lib.unn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=FindDocs&ids=785019&idb=0).

3. Хохлов В. В. Судебная медицина: судебно-медицинская танатология : учебное пособие / В. В. Хохлов. - Москва : Юрайт, 2023. - 217 с. - (Высшее образование). - ISBN 978-5-534-09732-0. -

Текст : электронный // ЭБС "Юрайт"., [https://e-](https://e-lib.unn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=FindDocs&ids=847540&idb=0)

[lib.unn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=FindDocs&ids=847540&idb=0](https://e-lib.unn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=FindDocs&ids=847540&idb=0)

Программное обеспечение и Интернет-ресурсы (в соответствии с содержанием дисциплины):

1. Правовая система ГАРАНТ. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.garant.ru>

2. Правовая система «Консультант Плюс» [Электронный ресурс] – Режим доступа:

<http://www.consultant.ru/>

3. Электронно-библиотечная система Издательства «Лань»: <http://e.lanbook.com> .

4. Электронно-библиотечная система «Znanium» <http://www.znaniy.com/>

5. Электронно-библиотечная система «Юрайт»: <https://urait.ru/>

6. Электронно-библиотечная система «Консультант студента»: <http://www.studentlibrary.ru/>

7. Вестник Нижегородской академии МВД России (<http://www.namvd.ru/sciense/ves/index.html>);

8. Портал «Гуманитарное образование» <http://www.humanities.edu.ru/>

9. Федеральный портал «Российское образование» <http://www.edu.ru/>

10. Федеральное хранилище «Единая коллекция цифровых образованных ресурсов» <http://school-collection.edu.ru/>

11. ЭБС Университетская библиотека onlinebiblioclub.ru ЭБС Лань <http://e.lanbook.com/>

12. Электронная библиотека диссертаций РГБ — российские диссертации с 1997 г. - по экономике, праву, педагогике, психологии, с начала 2004 г. - по всем специальностям. Учетная запись - в ЛИТО ФБ (к.131-1, 131-2). <http://diss.rsl.ru>

7. Материально-техническое обеспечение дисциплины (модуля)

Учебные аудитории для проведения учебных занятий, предусмотренных образовательной

программой, оснащены мультимедийным оборудованием (проектор, экран), техническими средствами обучения, компьютерами.

Помещения для самостоятельной работы обучающихся оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечены доступом в электронную информационно-образовательную среду.

Программа составлена в соответствии с требованиями ОС ННГУ по направлению подготовки/специальности 40.05.01 - Правовое обеспечение национальной безопасности.

Автор(ы): Толстолуцкий Владимир Юрьевич, доктор медицинских наук, профессор.

Рецензент(ы): Васькина Екатерина Викторовна, доктор психологических наук.

Заведующий кафедрой: Леханова Елена Семеновна, доктор юридических наук.

Программа одобрена на заседании методической комиссии от 15.05.2020, протокол № 27.