

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 президиума Ученого совета ННГУ

протокол № 1 от 16.01.2024 г.

Рабочая программа дисциплины

Актуальные проблемы судебной медицины и судебной психиатрии

Уровень высшего образования
Магистратура

Направление подготовки / специальность
40.04.01 - Юриспруденция

Направленность образовательной программы
Юрист органов правосудия, Прокуратуры РФ и Следственного Комитета РФ

Форма обучения
очная, заочная

г. Нижний Новгород

2024 год начала подготовки

1. Место дисциплины в структуре ОПОП

Дисциплина Б1.В.ДВ.01.01 Актуальные проблемы судебной медицины и судебной психиатрии относится к части, формируемой участниками образовательных отношений 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
ПК-4: Способен юридически правильно разрешать споры правового характера	<p>ПК-4.1: Определяет перечень правовых актов, подлежащих применению в конкретной ситуации</p> <p>ПК-4.2: Выявляет конфликт интересов</p> <p>ПК-4.3: Определяет альтернативные (внесудебные) способы разрешения правовых споров</p> <p>ПК-4.4: Оказывает правовую помощь организациям и физическим лицам в ходе переговоров по разрешению споров, возникающих из гражданских, административных, трудовых, корпоративных, семейных, наследственных, антимонопольных, налоговых отношений, а также отношений в сфере защиты интеллектуальных прав</p> <p>ПК-4.5: Составляет претензии, заявления, ходатайства, отзывы, жалобы, иные процессуальные документы</p>	<p>ПК-4.1:</p> <p>Знать: системы юридических фактов в области правового регулирования общественных отношений в соответствующей сфере, системы доказательств фактов и обстоятельств, имеющих юридическое значение в данной сфере</p> <p>Уметь:</p> <p>выполнять первичную квалификацию правовой формы общественных отношений в соответствующей сфере правового регулирования, определять круг обстоятельств, имеющих юридическое значение в конкретной ситуации</p> <p>Владеть:</p> <p>навыками определения состава обстоятельств, имеющих юридическое значение, а также состава доказательств, их подтверждающих</p> <p>ПК-4.2:</p> <p>Знать: методы установления и выявления сущности и причины конфликта интересов; пути (способы) разрешения конфликтных</p>	<p>Задания</p> <p>Опрос</p> <p>Тест</p>	<p>Зачёт:</p> <p>Контрольные вопросы</p>

		<p>ситуаций в профессии юриста и при участии юриста;</p> <p>Уметь:</p> <p>анализировать, обобщать, воспринимать полученную информацию, толковать и правильно применять правовые нормы;</p> <p>точно и грамотно выявлять причины конфликта интересов для урегулирования конкретных правовых ситуаций</p> <p>анализировать юридические факты и возникающие в связи с ними правовые отношения;</p> <p>Владеть:</p> <p>навыками общения с гражданами в соответствии с нормами делового, профессионального и иного социального этикета;</p> <p>навыками профессионального использования юридических категорий и понятий при проектировании и применении норм права, договорных обязательств;</p> <p>навыками: анализа различных правовых явлений, юридических фактов, правовых норм и правовых отношений, являющихся объектами профессиональной деятельности.</p> <p>навыками сбора, обработки и анализа правовой и фактической информации и правовых отношений, имеющей значение в профессиональной деятельности</p> <p>ПК-4.3:</p> <p>Знать: материальное и процессуальное законодательство, закрепляющие альтернативные (внесудебные) способы разрешения правовых конфликтов;</p> <p>соответствующие</p>		
--	--	--	--	--

		<p>теоретические положения.</p> <p>Уметь:</p> <p>правильно выбирать внесудебные способы разрешения правовых споров; принимать правильные решения по вопросам разрешения правовых споров альтернативным способом</p> <p>Владеть:</p> <p>навыками разрешения практических ситуаций, связанных с определением формы надлежащей правовой защиты нарушенных прав и законных интересов;</p> <p>ПК-4.4:</p> <p>Знать: требования, предъявляемые к юридическим консультациям</p> <p>Уметь: грамотно оперировать юридическими понятиями и категориями применительно к сфере избранной профессиональной деятельности; решать сложные юридические проблемы (ситуации), адаптироваться в условиях меняющейся правовой реальности, принимать оптимальные управленческие решения</p> <p>Владеть:</p> <p>навыками взаимодействия от имени юридических и физических лиц в отношениях с органами государственной власти и правоохранительными органами; - навыками принятия мер защиты прав человека и гражданина</p> <p>ПК-4.5:</p> <p>Знать: положения действующего законодательства, основы юридической техники, правила подготовки юридических документов</p>		
--	--	--	--	--

		<p>Уметь: применять правила, средства и приемы юридической техники; составлять официальные письменные документы, порождающие определенные юридические последствия, создающие определенные юридические состояния и направленные на регулирование определенных отношений; уяснять содержание документов, составленных другими лицами</p> <p>Владеть: методикой подготовки юридических документов; навыка сбора и обработки информации, имеющей значение для реализации правовых норм в соответствующих сферах профессиональной деятельности</p>		
<p>ПК У-1: Способен участвовать в обеспечении законности и правопорядка в уголовно-правовых и уголовно-процессуальных отношениях</p>	<p>ПК У-1.1: Дает квалификацию фактов, событий и обстоятельств по уголовным делам</p> <p>Знать: процедуру квалификации фактов, событий и обстоятельств по уголовным делам</p> <p>ПК У-1.2: Участвует в производстве следственных и иных процессуальных действий</p> <p>ПК У-1.3: Осуществляет подготовку уголовно-процессуальных документов</p>	<p>ПК У-1.1:</p> <p>Знать: процедуру квалификации фактов, событий и обстоятельств по уголовным делам</p> <p>Уметь: применять процедуру квалификации фактов, событий и обстоятельств по уголовным делам</p> <p>Владеть: навыками квалификации фактов, событий и обстоятельств по уголовным делам</p> <p>ПК У-1.2:</p> <p>Знать: Процедуру производства следственных и иных процессуальных действий</p> <p>Уметь: осуществлять производство следственных и иных процессуальных действий</p> <p>Владеть: навыками производства</p>	<p>Задания</p> <p>Опрос</p> <p>Тест</p>	<p>Зачёт:</p> <p>Контрольные вопросы</p>

		<p>следственных и иных процессуальных действий</p> <p>ПК У-1.3: Осуществляет подготовку уголовно-процессуальных документов Знать: процедуру подготовки уголовно-процессуальных документов</p> <p>Уметь: осуществлять подготовку уголовно-процессуальных документов</p> <p>Владеть: навыками подготовки уголовно-процессуальных документов</p>		
--	--	--	--	--

3. Структура и содержание дисциплины

3.1 Трудоемкость дисциплины

	очная	заочная
Общая трудоемкость, з.е.	3	3
Часов по учебному плану	108	108
в том числе		
аудиторные занятия (контактная работа):		
- занятия лекционного типа	12	4
- занятия семинарского типа (практические занятия / лабораторные работы)	12	12
- КСР	1	1
самостоятельная работа	83	87
Промежуточная аттестация	0 Зачёт	4 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 типа	Занятия семинарского типа (практические занятия/лабораторные работы),	Всего	

					часы					
	О Ф О	З Ф О	О Ф О	З Ф О	О Ф О	З Ф О	О Ф О	З Ф О	О Ф О	З Ф О
Тема 1 Содержание курса судебной медицины и особенности его построения для студентов юридических факультетов	6	8	1	1	1	1	2	2	4	6
Тема 2 Общебиологические и медицинские концепции в судебной медицине и их криминалистическое и судебно-экспертное значение	10	9	1		1	1	2	1	8	8
Тема 3. Информационные технологии, обеспечивающие эффективное использование судебно-медицинских знаний	10	10	1	1	1	1	2	2	8	8
Тема 4 Использование достижений судебной медицины для решения тактико-криминалистических задач (самостоятельно следователем при производстве следственных действий и в форме привлечения специалиста).	10	9	1		1	1	2	1	8	8
Тема 5 Производство отдельных следственных действий, требующих использования судебно-медицинских знаний	10	9	1		1	1	2	1	8	8
Тема 6 Использование судебно-медицинских знаний в ходе раскрытия и расследования отдельных видов преступлений. Особенности использования судебно-медицинских знаний при расследовании причинения вреда здоровью человека, убийств, изнасилований, ятрогений (нарушений профессиональной деятельности медицинскими работниками).	10	9	1		1	1	2	1	8	8
Тема 7 Судебно-медицинская экспертиза живых лиц	10	9	1		1	1	2	1	8	8
Тема 8 Судебно-медицинская экспертиза трупов	10	10	1	1	1	1	2	2	8	8
Тема 9 . Судебно-медицинская экспертиза вещественных доказательств. Судебно-медицинская экспертиза по материалам уголовных дел	9	9	1		1	1	2	1	7	8
Тема 10 Предмет, задачи и методы судебной психиатрии. Организация судебно-психиатрической экспертизы. Виды судебно-психиатрических экспертиз. Порядок назначения и производство судебно- психиатрической экспертизы	9	8	1		1	1	2	1	7	7
Тема 11 Вменяемость и вина. Ограниченная вменяемость. Уголовно-процессуальная дееспособность и способность к даче показаний обвиняемых с психическими расстройствами. Принудительные меры медицинского характера в отношении лиц с психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния.	13	13	2	1	2	2	4	3	9	10
Аттестация	0	4								
КСР	1	1					1	1		
Итого	108	108	12	4	12	12	25	17	83	87

Содержание разделов и тем дисциплины

Тема 1. Содержание курса судебной медицины и особенности его построения для студентов юридических факультетов.

Введение в судебную медицину и судебно-медицинскую экспертизу. Цель и задачи курса. Отличие от курсов судебной медицины, излагаемых в медицинских вузах. Прикладное значение судебно-медицинских знаний в уголовном судопроизводстве. Система задач, разрешаемых с помощью использования судебно-медицинских знаний.

Тема 2. Общебиологические и медицинские концепции в судебной медицине и их криминалистическое и судебно-экспертное значение.

Объект и предмет судебной медицины, система методов исследования в судебной медицине.

Теоретические основы современной медицины и система научных понятий судебной медицины. Системный подход в судебной медицине: модели гомеостаза, контур с обратной связью. Содержание базовых судебно-медицинских понятий: гомеостаз внутренней среды организма, процессы переживания тканей и клеток, прижизненные и посмертные реакции (основные понятия судебно-медицинской танатологии), нозологический диагноз, медицинские критерии оценки степени тяжести вреда здоровью, понятие состояния, угрожающего смертью, основная и непосредственная причины наступления смерти.

Тема 3. Информационные технологии, обеспечивающие эффективное использование судебно-медицинских знаний.

Понятие криминалистических технологий, основанных на современных информационных системах. Повышение информативности следственных действий (осмотра трупа и места его обнаружения; следственного эксперимента, проводимого с участием судебно-медицинского эксперта) достигаемое с помощью использования телекоммуникационных технологий, баз знаний, визуальной реконструкции механизма преступления, математического моделирования посмертных процессов при определении давности смерти, пересмотра криминалистических и экспертных версий (в том числе, о причине смерти) с помощью математического аппарата теории вероятностей (теорема Байеса).

Тема 4. Использование достижений судебной медицины для решения тактико-криминалистических задач (самостоятельно следователем при производстве следственных действий и в форме привлечения специалиста).

Процессуальные основы деятельности специалиста. Следственные задачи и обусловленная ими организация деятельности специалиста - судебного медика при расследовании преступлений против жизни и здоровья. Особенности планирования и тактико-криминалистические особенности производства следственных действий с участием специалиста по судебной медицине: освидетельствования, следственного эксперимента, получения образцов для сравнительного исследования.

Тема 5. Производство отдельных следственных действий, требующих использования судебно-медицинских знаний.

1. Тактика следственного осмотра. Система следственных и экспертных версий. Следственная ситуация. Версии специалиста и эксперта как средство обнаружения фактических данных, обеспечивающих полноту исследования.

2. Организационные принципы взаимодействия следователя и специалиста при осмотре трупа на месте его обнаружения. Участие специалиста в построении криминалистической модели механизма преступления и формировании системы следственных версий при производстве осмотра трупа.

3. Методы и средства исследования ранних трупных явлений как основы судебно-экспертного решения задач по определению давности смерти и нозологической причины смерти, а также давности, прижизненности и последовательности причинения повреждений.

4. Освидетельствование, проведенное с участием судебно-медицинского эксперта. Эксгумация.

Тема 6. Использование судебно-медицинских знаний в ходе раскрытия и расследования отдельных видов преступлений.

1. Особенности использования судебно-медицинских знаний при расследовании причинения вреда здоровью человека, убийств, изнасилований,

2. Особенности использования судебно-медицинских знаний при расследовании ятрогений (нарушений профессиональной деятельности медицинскими работниками).

Тема 7. Судебно-экспертиза живых лиц.

1. Федеральный закон «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации».

Критерии необходимости использования специальных знаний в форме экспертизы. Структура и содержание постановления о назначении экспертизы. Понятие частного предмета экспертизы по Т.В. Сахновой. Структура Бюро СМЭ, задачи и организация работы отделений.

2. Процессуальный порядок назначения и производства судебно-медицинской экспертизы живых лиц. Реконструкция обстоятельств, приведших к причинению вреда здоровью. Значение судебно-медицинской реконструкции в создании модели преступной деятельности.
3. Судебно-медицинская экспертиза степени вреда здоровью. Медицинские критерии определения степени тяжести вреда причиненного здоровью человека. Судебно-медицинская экспертиза состояния здоровья. Оценка состояния здоровья потерпевшего и влияния медицинских мероприятий на исход травматической болезни и степени тяжести причиненных повреждений.

Тема 8. Судебно-медицинская экспертиза трупов.

1. Судебно-медицинская экспертиза трупа: основание и процессуальный порядок назначения и производства. Учение об умирании. Механизмы танатогенеза при различных нозологических причинах смерти. Смерть и посмертные явления и методы их изучения при секционном исследовании трупа. Задачи, решаемые судебно-медицинской гистологией, биологией и химией.
2. Судебно-медицинская экспертиза трупа при смерти от механической травмы. Механизм причинения и диагностика огнестрельных, колото-резаных, тупых травм. Механизм причинения и диагностика травм, полученных при ДТП. Кибернетическая модель саморегуляции отдельных систем организма как основа реконструкции механизма причинения смертельных механических повреждений при квалификации по статьям 105 и 111 ч. 4. УК РФ. Патогенетические (общепатологические процессы) и танатогенетические закономерности реакций саморегулирующихся систем организма на механическое повреждение при определении причины смерти, качества оказания медицинской помощи и ее влияния на исход травмы.
3. Судебно-медицинская экспертиза трупа при смерти от асфиксии. Алгоритмы в экспертной деятельности и их значение при установлении смерти от механической асфиксии. Средства автоматизации экспертных исследований. Интеллектуальные экспертные системы в судебной медицине.
4. Судебно-медицинская экспертиза трупа при смерти от отравлений и переохлаждения. Задачи, решаемые судебно-гистологическими, судебно-биологическими, судебно-химическими методами, при диагностике отравлений и переохлаждения. Особенности оценки результатов указанных исследований с учетом различия уровней организма: тканевого уровня повреждения и организменного уровня танатогенеза.

Тема 9. Судебно-медицинская экспертиза вещественных доказательств. Судебно-медицинская экспертиза по материалам уголовных дел

1. Исследование объектов биологического происхождения: кровь, слюна, сперма, волосы и иных тканей человека.
2. Расследование ятрогений (нарушений профессиональной деятельности медицинскими работниками). Понятие профессионального риска. Возможности и необходимость статистической оценки риска медицинских мероприятий, как основы прогноза исхода медицинского вмешательства, показаний и противопоказаний для выбора медицинских диагностических и лечебных средств, своевременности и адекватности лечебных мероприятий. Моделирование ситуации принятия решения в условиях обоснованного риска как средство установления риска и правомерности пределов рискованных действий. Уголовно-правовая оценка обоснованного риска в качестве фактических обстоятельств, при квалификации преступлений, совершаемых медицинскими работниками.
3. Причины возникновения врачебных и экспертных ошибок. Ошибки лечения и диагностики при оказании медицинской помощи на всех этапах ее оказания. Оценка качества оказания медицинской помощи. Статистические методы учета врачебных ошибок. Методы прогнозирования в медицине. Прогноз развития заболевания. Вероятностные методы оценки степени тяжести состояния пациента (на примере черепно-мозговой травмы). Медицинские показания для проведения диагностических и лечебных мероприятий.
4. Экспертные ошибки: их причины, природа и способы обнаружения.

Тема 10. Предмет, задачи и методы судебной психиатрии. Организация судебно-психиатрической экспертизы. Виды судебно-психиатрических экспертиз. Порядок назначения и производство судебно-психиатрической экспертизы.

Тема 11. Вменяемость и вина. Ограниченная вменяемость. Уголовно-процессуальная дееспособность и способность к даче показаний обвиняемых с психическими расстройствами. Принудительные меры медицинского характера в отношении лиц с психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния.

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:

- электронный курс "Актуальные проблемы судебной медицины и судебной психиатрии" (<https://e-learning.unn.ru/enrol/index.php?id=6720>).

Иные учебно-методические материалы: 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 списке литературы.

Особенно это касается терминов, относящихся к экспертным терминам, взятым из медицины и психиатрии.

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 и судебной психиатрии, 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 диссертации на выпускном курсе.

Самоподготовка к практическим (лабораторным) занятиям

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

На лабораторных 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 лабораторного занятия;
- 6) подготовить краткое выступление по каждому из вынесенных на лабораторное 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 лабораторном 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 является зачет.

Бесспорным фактором успешного завершения 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 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.

Для углубленного изучения материала студентам предоставляются учебно-методические (электронные) комплексы, как по всему объему изучаемой дисциплины, так и по отдельным ее темам (например, «Секционное исследование трупа»), учебная, учебно-методическая литература, в том числе, альбомы схем.

Планы семинарских и практических занятий содержат задания, представляющие собой ситуационные задачи. Решение задач требует выдвижения следственных и экспертных версий и проверки их с помощью криминалистически значимых и судебно-медицинских диагностических признаков. Решение задач требует анализа приказа 194н, в котором указаны медицинские критерии вреда, причиненного здоровью человека. При осуществлении аудиторных занятий предусматривается широкое использование эссе и рефератов

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 - Задания) для оценки сформированности компетенции ПК-4:

Ситуационная задача 1.

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

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.

Увлечлась 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, переоделась, 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 отечность 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.

Вопрос 1.

Сформулируйте вопрос, который следует поставить при назначении психолого-психиатрической экспертизы?

(Ответ: Находился ли обвиняемый во время совершения инкриминируемого ему деяния в состоянии аффекта?)

Вопрос 2. Если обвиняемый, во время совершения инкриминируемого ему деяния был в состоянии аффекта, то существуют ли с точки зрения психиатрии предпосылки, предрасполагающие к развитию аффекта и что они собой представляют у подэкспертного?

Вопрос 3. Если обвиняемый, во время совершения инкриминируемого ему деяния был в состоянии аффекта, то укажите основания, позволяющие отграничить в данном случае состояние аффекта от невменяемости.

Вопрос 4. Какую статью уголовного кодекса РФ следует применить при квалификации убийства, совершенного подсудимой?

Вопрос 5. Какие действия должен произвести следователь для обоснования разграничения составов 105 УК РФ и 107 УК РФ?

Задача 2.

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).

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.Т.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 (люд. 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 (кровенного 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 Т.Т.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 выброститься», 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 гемигипестезией, 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.

Вопросы по задаче.

Вопрос 1. Какая статья ГК РФ стала основанием для назначения данной экспертизы (ответ – 177 ГК РФ)?

Вопрос 2. Чем отличается категория сделкоспособность от дееспособности?

Ответ: тремя признаками: 1) сделкоспособность подразумевает способность лица понимать значение своих действий и руководить ими на определенном ограниченном отрезке времени; 2) сделкоспособность относится к конкретному гражданскому акту – совершению сделки и в этом смысле сравнима с понятием вменяемости в уголовном процессе; 3) дееспособность – это прогноз на будущее, сделкоспособность- прогноз на прошлое, уже совершенную сделку.

Вопрос 3. Какие вопросы должны быть поставлены перед экспертами и почему приведенная в задаче формулировка «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?» является не полной?

Ответ: «страдал ли подэкспертный, находясь в юридически значимой ситуации, каким-либо психическим расстройством?

Если подэкспертный страдал психическим расстройством, то оказало ли оно влияние на его способность к осознанию существа сделки, ее юридических особенностей прогнозированию ее результатов, регуляции своего поведения?

Имеются ли у подэкспертного такие индивидуально-психологические особенности, как внушаемость, подчиняемость, которые существенно снизили или ограничили его способность руководить своими действиями в период заключения сделки?

С учетом психологического состояния, индивидуально-психологических особенностей, мог ли подэкспертный в период заключения сделки понимать значение своих действий и руководить ими?

5.1.2 Типовые задания (оценочное средство - Задания) для оценки сформированности компетенции ПК У-1:

Ситуационная задача. На модели приведенного клинического случая обсуждается симптоматика шизофрении, судебно-психиатрическое значение этого расстройства.

Ч.Е.В., 27 лет, находился на лечении в ЛРНЦ «Феникс» с 10.8.05 по 17.11.05 с диагнозом: Шизофрения, манифестный онейроидно-бредовой приступ.

Из анамнеза: наследственность отягощена по линии матери сахарным диабетом, онкопатологией, псориазом; по линии отца онкопатологией, сосудистыми катастрофами, артериальной гипертензией, псориазом.

Пациент родился 20.8.77 от 4-5 беременности, 2-ых родов (сестра пациента старше на 3 года). Беременность протекала без патологии, роды в срок. Роды быстрые, за 4 ч. Закричал сразу, к груди приложен на следующий день. Из роддома выписаны в срок.

На естественном питании находился 4 мес., затем переведен на искусственное. Отмечались проявления аллергического диатеза – кожные, затем и респираторные. В росте и развитии не отставал.

С 1,5 лет посещал ясли, затем детский сад. Легко адаптировался в детских коллективах, проявлял лидерские черты, к нему «тянулись» другие дети. Предпочитал подвижные игры.

Рос болезненным (частые простуды с присоединением аллергического компонента). Почти постоянно отмечалось облегченное «укачивание» в транспорте – легко возникала рвота.

В школу пошел в 7 лет (1984 г.). Учился хорошо. В классе адаптировался легко. Проявлял такие черты, как ласковость, ответственность, впечатлительность («после просмотра фильма ужасов мог не спать всю ночь»). Предпочитал гуманитарные предметы.

В 7 лет, во время занятия в спортивной секции (самбо) получил травму позвоночника (подвывих шейного позвонка). Находился на лечении (вытяжение).

В 13-14 лет начались изменения, затрагивающие как успеваемость, так и соматическое здоровье пациента. Успеваемость существенно снизилась. Возросла обидчивость, ранимость, тревожность. Участились проявления аллергии, в 1991 г. (14 лет) впервые установлен диагноз «бронхиальная астма», ее проявления сохранялись примерно до 2000 г (23 г) без особого эффекта от лечения, затем самопроизвольно исчезли. В возрасте 14 лет заметных увлечений не было; по инициативе матери занимался плаванием. Товарищей было много, общение не затруднялось, заметного учащения конфликтов с ровесниками и старшими не отмечалось. В 14 лет – первая влюбленность.

После 9-го класса перешел в училище по специальности плотник-столяр, где обучался с 1992 по 1995 гг. На первом курсе получил травму (ампутация фаланг двух пальцев кисти). Переживал по этому поводу, старался скрыть увечье; впрочем, продолжил учебу по той же специальности и успешно окончил училище.

По окончании училища устроился разнорабочим в шахту, где проработал до 1998 г, уволился после невыгодного изменения условий работы.

В 1997 г. (20 лет) женился, в 1999 г. родился сын. Братья жены были связаны с криминалом; сам же пациент в группировку не входил.

После 1998 г. официально не работал, подрабатывал на различных местах. Стал несколько чаще выпивать. Пьянел быстрее остальных, в опьянении становился «дурным» – «несообразительным, часто вспыльчивым».

В январе 2003 г. неожиданно, без скандалов, расстался с женой и вернулся жить к родителям. Вскоре познакомил родителей с другой девушкой.

Зимой 2004 г. вместе с несколькими товарищами занимался нелегальной деятельностью («выкапывали, разрезали трубу для сдачи в пункт приема металла»). В феврале 2004 г. руководителя этой деятельности арестовали. Пациент испытал сильный испуг, переживал о возможности ареста и осуждения. Несмотря на то, что задержанного через 2 мес. отпустили, а дело прекратили, тревога на эту тему не исчезала.

В августе 2004 г. поехал на заработки в Москву (монтажник-высотник). Подруга поехала с ним, но вернулась в октябре после ссоры. В ноябре стало известно, что пациент «напился, очнулся ночью с травмой головы и без паспорта». За ним в Москву поехал знакомый, который обнаружил паспорт в комнате пациента, под кроватью. По возвращении домой обратил на себя внимание отдельными странными высказываниями – «паспорт подбросили», «подруга с ним что-то издалека делает». Высказывания были эпизодичными и не определяли в целом поведения пациента, который выглядел лишь несколько взволнованным.

В феврале 2005 г. арестовали одного из братьев первой жены. Спустя несколько дней пациент неожиданно принял решение вернуться в Москву. В марте участились его странные высказывания по телефону. Так, требовал, чтобы мать переночевала в его доме, не объясняя причин. По телефону упрекал подругу – «зачем ты это делаешь, мне ведь на высоту подниматься». Со слов пациента, вторая поездка в Москву «была очень странной. Чувствовал, что находится под гипнозом. Часто возникала боль в голове – словно иголку втыкали. Полагал, что это делает подруга с помощью телепатии. Не мог сообразить, где находится, найти дорогу. Все окружающее казалось странным, нереальным, притворным. Вскоре понял, что «все это делает ФСБ с целью осудить его за выкапывание трубы. В конце марта ему дали 5 календариков – понял, что это предупреждение о том, что арестуют его в сентябре. Испытывал постоянный страх, тревогу».

1 апреля 2005 г. вернулся домой. Был возбужден, испуганно озирался. Матери заявил, что «дома всюду подслушивающие устройства, за ним следит ФСБ». Отказывался говорить, писал записки. Утверждал, что его скоро арестуют – «увидел картину предстоящего ареста внутри головы, словно на экране». Со слов пациента, чувствовал, как некто «вмешивается в его мысли, управляя их течением. Ему давали команды. Сообщалось, что его вскоре арестуют, что подругу каждый день насилюют». С собой постоянно носил нож, уговаривал подругу совершить совместное самоубийство.

2 апреля 2005 г. был госпитализирован в психиатрическую больницу, где находился на лечении 2-3 недели. Выполнялись инъекции нейролептиков. Реже высказывал бредовые идеи, стал «грустным, задумчивым, замкнутым». Все время просил о выписке, диссимулировал переживания. Был выписан неожиданно для родителей.

После выписки состояние характеризовалось подавленностью и замкнутостью. 27 апреля с подругой уехал на море, где совершил суицидальную попытку «по телепатическому приказу». Во время поездки иногда (со слов пациента – несколько раз) «чужие мысли, звучащие в голове, достигали степени голоса».

Домой вернулся 1 мая 2005, а 4 мая вновь был госпитализирован. Выписан в начале июня с рекомендацией выполнять инъекции клопиксола-депо 1 раз в 2 нед. оставался замкнутым,

нарастали проявления нейролепсии. Эпизодически высказывался на тему его предстоящего осуждения. Это состояние привело к обращению в наш Центр за помощью.

Психический статус.

Сознание ясное, правильно ориентирован во всех видах. На беседу приходит неохотно. Сидит в напряженной позе. Мимика и пантомимика скудные. Речь в обычном темпе, ответы стремятся к односложным. Голос неэмоциональный. Погружен во внутренние переживания.

Жалоб активно не предъявляет. При расспросе сообщает о постоянном ощущении опасности – ему «отомстят за то, что раньше он много болтал лишнего», его «подставят, осудят, посадят в тюрьму, там будут издеваться». В окружающем мире «видит» подтверждения своей правоты и «надвигающейся расправы». Понимает это по «намекам» окружающих, их действиям. Галлюцинации отрицает.

В центре общения ни с кем не ищет, держится обособленно, режим выполняет.

Критики к проявлениям болезни нет.

Заключение психолога (к.п.н. Труфанова О.К.) 23.8.05. В исследовании выявляются признаки шизофренического симптомокомплекса.

Результаты дополнительных исследований.

Магнитно-резонансная томография головного мозга 16.8.05. признаки умеренных диффузных атрофических изменений больших полушарий, наружной гидроцефалии, хронического пансинуита.

РЭГ 17.8.05. В обоих бассейнах пульсовое кровенаполнение немного снижено, венозный отток немного затруднен.

ЭЭГ 17.8.05. На фоне общего снижения функциональной активности мозга выявляются ЭЭГ признаки энцефалопатии.

ОАК, ОАМ, БАК 11.8.05. – в норме.

Литий крови 11.8.05. Менее 0,2 мэкв\л

Гормоны 11.8.05. Гормоны щитовидной железы – в норме, кортизол 276, пролактин 8,2.

18.8.05 проведен консилиум в составе: ... Установлен диагноз: шубообразная среднепрогредиентная шизофрения, манифестный онейроидно-бредовой приступ. Методом обрыва приступа избрана инсулинотерапия.

Вопросы:

1. При установлении каких правовых категорий необходимо учитывать шубообразную среднепрогредиентную шизофрению, манифестный онейроидно-бредовой приступ?
 - а. Ответ: вменяемость, дееспособность, сделкоспособность.

ПК-У1

Задача.

По материалам уголовного дела была проведена комиссионная судебно-медицинская экспертиза, которая пришла к следующим выводам:

"I. Каких-либо абсолютно специфических признаков смерти от механической асфиксии не существует.

В случаях смерти от острой сердечно-сосудистой недостаточности на почве болезненно измененной мышцы сердца и в случаях смерти от механической асфиксии при исследовании трупа обнаруживается множество сходных признаков, вследствие чего в принципе возможны ошибки в определении причины смерти.

Между тем экспертная комиссия считает, что категорический вывод судебно-медицинского эксперта Р. о смерти К. от острой сердечнососудистой недостаточности сделан необоснованно, во-первых, потому, что не обнаружено каких-либо острых изменений в самом сердце, объясняющих причину сердечной недостаточности (тромбоза венечных артерий, инфаркта миокарда и т.д.), во-вторых, не было в должной мере оценено наличие таких повреждений, как ссадины и царапины на лице (расположенные к тому же вблизи отверстий рта и носа), подсохшей крови в носовых ходах, выделений сукровицы изо рта, множественного двухстороннего перелома ребер; сами эти переломы не были в достаточной мере исследованы макро- и микроскопически (невооруженным глазом и с помощью микроскопа), в связи с чем вывод об их посмертном происхождении неубедителен.

Необходимо также учитывать, что повреждения, причиненные незадолго до наступления смерти, и повреждения, причиненные в агональном периоде, нередко трудно отличить от посмертных, особенно без микроскопического исследования.

2. Ретроспективно оценивая данный случай и учитывая наличие ряда признаков, которые встречаются при острой смерти от разных причин, в том числе при смерти от механической асфиксии (полнокровие внутренних органов, жидкая кровь, острая эмфизема легких, выделения мочи и кала), учитывая наличие царапин и ссадин (в том числе ссадин полукруглой формы) на лице вблизи отверстий рта и носа, наличие следов крови в полостях рта и носа, наличие на подушке В. крови, совпадающей по группе с кровью К., полагаем, что смерть К. наступила от механической асфиксии, вызванной закрытием отверстий рта и носа руками и, видимо, подушкой.

3. Показания обвиняемой В. об обстоятельствах и способе убийства К. объективно подтверждаются наличием множественных царапин

и ссадин (в том числе ссадин полукруглой формы, характерных для действия ногтей) на лице вблизи отверстий рта и носа, следами крови в полостях рта и носа, наличием на подушке В. крови, совпадающей по группе с кровью К.

4. Происхождение множественного двухстороннего перелома ребер остается не до конца явным. В настоящее время невозможно установить, прижизненными или посмертными были эти повреждения. Нельзя исключить, что они возникли при сдавлении грудной клетки К. (например, руками, коленом), когда она пыталась оказывать сопротивление насилию. В некоторой мере подтверждением тому может служить кровоподтек размером 5 x 7 см на передней поверхности грудной клетки. Если предполагать возможность посмертного происхождения переломов, то необходимо следственным путем подтвердить либо исключить такую возможность (установить, не была ли получена травма в процессе транспортировки трупа в морг, в самом морге и т.д.).

5. О возможном происхождении повреждений на лице и кровоподтека в области грудной клетки оказалось выше. Что же касается "накожных кровоизлияний" в области плечевого пояса, то, поскольку в акте судебно-медицинского исследования трупа не указана их цвет, форма, размеры, количество, точная локализация и другие особенности, сказать о них что-либо определенное нельзя. Не исключено, что это мелкие внутрикожные кровоизлияния, которые нередко встречаются на фоне трупных пятен при смерти от разных причин (и в том числе при смерти от механической асфиксии) и имеют посмертное происхождение.

6. Возможность самостоятельно повернуться на левый бок при наличии левостороннего гемипареза на исключается.

7. Обнаружение либо не обнаружение при судебно-медицинском исследовании трупа каких-либо особенностей (кровоизлияний, повреждений и т.д.) зависит от множества факторов: выраженности этих особенностей, внимательности эксперта, остроты его зрения, тщательности исследования, условий освещения и т.д. Поэтому вопрос о том, мог или не мог судебно-медицинский эксперт Р. не заметить кровоизлияний на внутренних органах, целесообразно адресовать самому эксперту".

Вопросы.

1. Сопоставьте основания для данного вывода в их судебно-медицинской части с первой строкой вывода №1. Укажите логические противоречия между ними.
2. Можно ли считать вывод №2 категорическим?

Задача. Рассмотреть расчёт количества принятого алкоголя по формуле как исключение возможности коррупционного поведения при оценке состояния подэкспертного.

Рассчитайте количество принятого алкоголя по формуле, если установлено наличие этилового алкоголя в количестве 2‰; он принимал алкоголь 3 часа назад; масса его тела 70 кг:

$$A = P (C + pt),$$

A - количество чистого алкоголя (в граммах) в принятых напитках;

C - установленная концентрация алкоголя в крови (в промилле);

P - масса тела в килограммах;

P - падение концентрации этилового алкоголя в крови за 1 час в промилле: (фактор p - падение концентрации этилового алкоголя в крови за 1 час в промилле равен 0,10-0,13‰/00.)

t - время, прошедшее с момента приема алкоголя.

Исходные сведения: в крови человека

Ответ: подставляем эти данные в формулу $A = 70 (2 + 0,12 \times 3)$; проводим расчет, получаем 165 г чистого алкоголя. Это значит, что за три часа до взятия его крови указанный человек выпил примерно 415 г водки крепостью 40%.

Задача: Рассмотреть расчёт количества принятого алкоголя по формуле как исключение возможности коррупционного поведения при оценке состояния подэкспертного.

Смерть потерпевшего наступила при выраженной мышечной нагрузке (борьба и самооборона). Рассчитайте количество принятого алкоголя по формуле, если установлено наличие этилового алкоголя в количестве 2‰; он принимал алкоголь 3 часа назад; масса его тела 70 кг:

$$A = P (C + pt),$$

A - количество чистого алкоголя (в граммах) в принятых напитках;

C - установленная концентрация алкоголя в крови (в промилле);

P - масса тела в килограммах;

P - падение концентрации этилового алкоголя в крови за 1 час в промилле: (фактор p - падение концентрации этилового алкоголя в крови за 1 час в промилле при выраженной мышечной нагрузке составляет 0,15-0,20‰/00.)

t - время, прошедшее с момента приема алкоголя.

Задача: Рассмотреть расчёт количества принятого алкоголя по формуле как исключение возможности коррупционного поведения при оценке состояния подэкспертного.

Смерть потерпевшего наступила при выраженной мышечной нагрузке (борьба и самооборона). Рассчитайте количество принятого алкоголя по формуле, если установлено наличие этилового алкоголя в количестве 2‰; он принимал алкоголь 3 часа назад; масса его тела 70 кг:

$$A = P (C + pt),$$

A - количество чистого алкоголя (в граммах) в принятых напитках;

C - установленная концентрация алкоголя в крови (в промилле);

P - масса тела в килограммах;

P - падение концентрации этилового алкоголя в крови за 1 час в промилле: (фактор p - падение концентрации этилового алкоголя в крови за 1 час в промилле при значительной черепно-мозговой травме он понижается до 0,06-0,08‰)

t - время, прошедшее с момента приема алкоголя.

Задача

31 июля судебно-медицинским экспертом Р. произведено вскрытие трупа К. При вскрытии обнаружено (в извлечении):

"...Труп правильного телосложения, удовлетворительного питания, дайной 150 см. Кика землистая о желтушном оттенком. Трупные пятна синюшно-багровые, расположены по задней поверхности туловища и конечностей, при надавливании не бледнеют и не исчезают. Трупное окоченение выражено хорошо... Глаза закрыты, слизистые оболочки их мутные... Кости и хрящи носа на ощупь целы. В носовых ходах подсохшая кровь. Рот закрыт. Зубы отсутствуют, лунки их заращены. В полости рта сукровичная жидкость. На коже губ я носогубных складок царапины 0,4 x 0,3 см, покрытые свежей кровяной корочкой. После отмывания горячей водой появились следующие повреждения. На коже кончика носа и правого его крыла, на верхней губе слева, правой носогубной складке - пять полосовидной формы ссадин с направлением сдвигания надкожицы сверху вниз и шесть полукруглой формы ссадин на верхней губе справа и у правого угла рта, выпуклой поверхностью направленные вверх и покрытые свежей кровяной корочкой, расположенной ниже уровня кожи. Шея без повреждений. Грудная клетка бочкообразная... Овальной формы лиловый кровоподтек на коже левой половины грудной клетки 5 x 7 см по средне-ключичной линии. Накожные кровоизлияния в области верхнего плечевого пояса... Кости верхних и нижних конечностей на ощупь целы... Кости свода и основания черепа целы... Ткань мозга застойная, отечная. Боковые желудочки резко расширены и заполнены прозрачной жидкостью до 60 мл. Сосуды мозга резко склерозированы... Слева и справа по средне-ключичной линии переломы ребер: слева о 3-го по 7-е, справа со 2-го по 5-е. Линии переломов поперечные, зона сжатия расположена со стороны плевральных полостей. Кровоизлияний в межреберных мышцах нет. В брюшной полости свободной жидкости нет...

Сердце 11 x 12 x 6 см, покрыто слоем жира, дряблосе, рвется под пальцами. Толщина стенки левого желудочка 1,4 см, правого - 0,3 см. Мышца сердца тусклая, бурая, отечная, с множественными соединительнотканными рубцами, диффузными... Венечные артерии и аорта с единичными атеросклеротическими бляшками. Подъязычная кость и хрящи гортани целы. Слизистая оболочка

трахеи и бронхов застойна, в просвете кровянистая жидкость и слизь в большом количестве. Легкие серо-мраморные с множественными рубцовыми втяжениями и участками острой эмфиземы. На разрезе ткань застойная, отечная. Язык грязно-красный. Слизистая оболочка полости рта и губ без кровоизлияний... Кости таза и позвоночник целы. От полостей и внутренних органов ощущался обычный трупный запах".

При осмотре остальных внутренних органов отмечено полнокровие.

На основании произведенного исследования судебно-медицинский эксперт Р. пришел к таким выводам:

"На трупе обнаружены ссадины и царапины на лице, кровоподтек на коже левой половины грудной клетки, двухсторонний множественный перелом ребер без кровоизлияний в межреберные мышцы.

Ссадины и царапины могли быть причинены незадолго до смерти и относятся к легким телесным повреждениям.

Двухсторонний перелом ребер причинен посмертно, на что указывают отсутствие кровоизлияний в межреберных мышцах, отсутствие крови в плевральных полостях, отсутствие признаков механической асфиксии.

Смерть К. наступила от острой сердечно-сосудистой недостаточности, развившейся на фоне болезненно измененной мышцы сердца и общего атеросклероза.

К. при жизни страдала общим атеросклерозом с преимущественным поражением сосудов головного мозга, сердца и почек, возрастной атрофией внутренних органов..."

Вопросы:

1. Укажите признаки механической асфиксии, которые установлены при внутреннем исследовании.
2. Укажите сведения, которые не позволяют считать вывод эксперта вытекающим из описанных им данных в исследовательской части.
3. Какие ошибки были допущены экспертом в ходе первичной экспертизы?

Ответ:

- не сформулирован судебно-медицинский диагноз;
- не указана непосредственная причина смерти, а только основное заболевание;
- не указан морфологический субстрат (морфологический эквивалент) непосредственной причины смерти;
- нет ответа на вопрос о ДНС (который и не поставлен перед экспертом);
- нет ответа на вопрос о давности перелома ребер (который и не поставлен перед экспертом);
- ответ на вопрос о прижизненности перелома ребер не подтвержден микроскопическими исследованиями, которые не проведены (дополнительные исследования);
- Поэтому нельзя объективно сопоставить время перелома с наступлением агонального периода;

ПК-У1 Задача.

«Возвратившись из Афганистана, 30-летний прапорщик Куртин проходил сверхсрочную воинскую службу в г. Кандалакше Мурманской области, где проживал один в двухкомнатной квартире.

Однажды во второй половине декабря он не явился на службу. Спустя два дня его сослуживцы с участием понятых вскрыли входную дверь его квартиры. Там они обнаружили труп Куртина с признаками насильственной смерти.

В коридоре, недалеко от входной двери, они увидели подсохшую лужу крови. На полу – множество подсохших следов крови в виде округлых капель и продольных полос – следов волочения, идущих к двери кухни. На стенах коридора – обильные пятна крови в виде брызг. У правой стены под вешалкой на полке лежала электродрель со следами крови и присохшими волосами на патроне.

Труп Куртина находился на полу в кухне. Рядом валялось одеяло со следами крови, которое частично покрывало правую руку и тазовую область. Помарки крови в виде брызг зафиксированы также на двери и стене.

На трупе был одет спортивный костюм, трусы, носки. На ногах – полусапожки на застежке «молния». Причем левый полусапожек в застегнутом состоянии, а правый расстегнут. Одежда повреждений не имела, но была обильно пропитана подсохшей кровью. Потерпевший относился к числу людей упитанных. Его рост – 179 см. Как выяснилось путем допросов, из квартиры исчез магнитофон «Шарп», плеер «Квазар» с наушниками, одиннадцать компакт-кассет и спортивный костюм.

По заключению экспертизы, смерть Куртина наступила в результате открытой черепно-мозговой травмы в виде многооскольчатых переломов костей черепа и повреждений головного мозга.

Вопросы.

1. Какие виды экспертиз были произведены?
2. Сформулируете вопросы, которые были поставлены перед экспертами в назначенных экспертизах.

Задача

В качестве примера участия специалиста судебного медика в оперативно-розыскных мероприятиях^[1] приведу случай из практики. В 1984 г. 5 июля в лесополосе у г. Шахты Ростовской области был обнаружен полусгнивший полумумифицированный и частично скелетированный труп девочки 10-12 лет с множественными повреждениями (все приводимые данные о погибших установлены в результате проведения в последующем судебно-медицинских экспертиз). При повторном осмотре места происшествия^[2] и прилегающих к нему участков местности 27 июля 1984 г. в нескольких стах метрах от трупа девочки был обнаружен труп женщины 30-35 лет, также с множественными повреждениями. Личности убитых были неизвестны. В ходе второго осмотра руководством уголовного розыска

Ростовской области была высказана версия о том, что убитые могут быть мать и дочь. Однако в ходе судебно-медицинских экспертиз трупов была установлена разная давность наступления смерти погибших^[3]. А именно, эксперты сочли, что смерть девочки наступила раньше, чем смерть женщины^[4]. Различия сроков наступления смерти протяженностью в месяц практически исключили указанную версию о гибели матери и дочери.

В сентябре того же года в Ростов-на-Дону прибыла бригада Главного управления уголовного розыска МВД СССР для оказания помощи в работе по конкретным убийствам, совершенным на территории Ростовской области. В составе бригады был специалист в области судебной медицины.

В ходе работы по делу специалист познакомился с отброшенной версией о погибших матери и дочери. После изучения судебно-медицинских заключений, протоколов осмотров мест происшествия и других материалов было выдвинуто предположение о том, что информация о разнице в сроках наступления смерти недостаточно хорошо обоснована. В ходе дискуссии специалиста из бригады Главного управления уголовного розыска с судебными медиками, исследовавшими трупы, ее участники сошлись во мнении, что при определенных условиях воздействия внешней среды на трупы взрослой женщины и девочки посмертные изменения на них могли развиваться за один и тот же период времени. Фактически был сделан вывод о том, что они могли быть убиты в один и тот же день. Таким образом, ранее отброшенная версия получила второе рождение.

Но надо было подкрепить эту версию. Для этого было решено провести морфологическое сравнение черепов предполагаемой матери и дочери, с целью обнаружения их сходства. Разработанных медико-криминалистических методик такого рода исследований не было, поэтому проведение экспертизы было невозможно, так как одним из обязательных требований к экспертизе является требование о наличии научно обоснованной методики исследования.

По письменному предложению уголовного розыска было проведено научно-практическое исследование, в ходе которого, с опорой на данные антропологии, анатомии, судебной медицины и теории криминалистической идентификации, черепа указанных трупов сравнивались между собой, а также с десятком других женских черепов, отобранных произвольно из коллекции. Работа показала интересный результат. Сходство исследуемых черепов было значительным, около 60-70% изученных признаков, в той или иной степени, повторялись. При сравнении же исследуемых черепов с посторонними уровень «сходства» едва достигал 10-15%. Разница была очевидной. Сходство двух черепов может быть обусловлено или генетическим родством погибших или случайностью. Но уровень случайного совпадения по исследованным признакам был приблизительно определен и составил 10-15%. Следовательно, сходство исследуемых объектов генетически обусловлено. По результатам исследования была оформлена подробная справка, в ней был сделан вывод о том, что погибшие могли быть матерью и дочерью.

Вооружившись хорошо обоснованной версией, оперативные работники провели большую работу. Начали, естественно, с учетов пропавших без вести лиц, но нигде на учете пропавших матери и дочери не состояло. Предприняв дополнительные меры, оперативники вышли, наконец, на пропавших без вести. Это были мать и дочь Петросян, пропавшие в мае 1984г. То, что исследовались именно их трупы, было доказано в последующем судебно-медицинскими и криминалистическими экспертизами, а затем полностью подтвердилось в суде.

Как стало известно в последующем, А.Р. Чикатило был знаком со старшей Петросян Татьяной, неоднократно имел с ней половые контакты еще до дня убийства в мае 1984 г. В день убийства он пригласил старшую Петросян отдохнуть на дачу, один из любимых его предлогов для заманивания жертвы в лесополосу. При этом настойчиво просил взять с собой и дочь Светлану десяти лет. Уже в лесополосе он с согласия матери отправил дочь погулять, и, после того как та ушла, ударами специально захваченного молотка убил старшую Петросян. После этого нашел в лесополосе девочку, убил, изнасиловал и растерзал ее.

Приведенный пространный пример достаточно наглядно иллюстрирует возможные варианты взаимодействия аппаратов уголовного розыска с судебными медиками при установлении личности неизвестных погибших граждан и в целом при раскрытии и расследовании убийств».

Вопросы:

1. Составьте схему в виде последовательности дат на оси времени, отражающую временную последовательность основных событий в ходе расследования: 1) обнаружение первого трупа и производства осмотра, 2) обнаружение второго трупа, 3) время смерти каждой из потерпевших по данным первичной экспертизы, 4) прибытие бригады Главного управления уголовного розыска МВД СССР, 5) «второе рождение» следственной версии о том, что убиты мать и дочь, 6) примерное время получения результата идентификационной экспертизы (справки) по черепам, 7) начало фактической проверки истинной версии, 8) установление личности без вести пропавших, 9) установление фактического времени исчезновения потерпевших, 10) времени окончания следствия. Используя схему, укажите задачи, которые были приоритетными для следственно-оперативной группы на каждом временном отрезке, оцените затраты времени на их решение и обоснованность произведенных затрат.

Задача.

При выезде на место обнаружения трупа следователем получена ниже указанная информация.

К. 77 лет, была найдена утром 30 июня мертвой в своей постели. Судебно-медицинским экспертом при осмотре трупа на месте его обнаружения были зафиксированы следующие повреждения: царапины на лице, сукровичные выделения изо рта, выделения мочи и кала. В соседней комнате на кровати В. обнаружена подушка с пятнами, похожими на кровь.

От соседей и участкового врача стало известно, что К. перенесла кровоизлияние в мозг, у нее была парализована левая половина тела (левосторонний гемипарез). Передвигалась с трудом в основном в пределах комнаты, большую часть времени проводила в постели. Вторую комнату в своей квартире сдавала В. В. с места происшествия скрылась. Исчезли деньги, хранящиеся К.

Задание. 1. Сформулируйте следственные версии.

2. Какие экспертизы необходимо назначить?

3. Сформулируйте вопросы судебно-медицинскому эксперту при назначении экспертизы.

Задача.

В связи с вновь открывшимися обстоятельствами были проведены эксгумация трупа и повторное судебно-медицинское исследование эксгумированного трупа К. (другим судебно-медицинским экспертом). Однако из-за резко выраженных гнилостных изменений - с момента смерти прошло 5 месяцев - установить причину смерти оказалось невозможным.

Вопрос: Можно ли было предвидеть не эффективность повторной экспертизы при решении вопроса о причине смерти?

Какие вопросы должен был поставить следователь при назначении повторной экспертизы, кроме установления причины смерти?

Задача.

«Следователь осматривал полотно узкоколейной железной дороги – место происшествия. С одной стороны полотна был густой лес, с другой – болото. Ближайший населенный пункт находился в четырех километрах. Вдоль полотна железной дороги были разбросаны части человеческого тела и одежды со следами от колес поезда. Местные жители опознали в погибшем рабочего леспромхоза С.

Еще до приезда следователя оперативные работники, осмотрев место происшествия, пришли к выводу, что пьяный С. по собственной неосторожности попал под поезд. Присутствовавший здесь врач местной больницы заявил, что останки С. можно предать земле, не производя в дальнейшем вскрытия, поскольку труп расчленен на несколько частей, а причина смерти не вызывает сомнения. Администрация леспромхоза настаивала «поскорее закончить осмотр», поскольку стоит сильная жара и, кроме того, необходимо открывать движение поездов по дороге. Следователь не видел оснований для окончания осмотра, поскольку собрано слишком мало информации. Он обратил внимание присутствующих на нечеткие следы ног человека, ведущие от болота на железнодорожную насыпь в трех метрах от того места, где были замечены первые капли крови. Оперативные работники заявили, что, очевидно, это и следы ног потерпевшего С., который в нетрезвом состоянии вышел из болота на железную дорогу. Вообразив эту картину и сопоставив ее с имеющимися данными, следователь отметил два противоречия: если С. находился в таком состоянии опьянения, что упал под поезд, он не мог бы пройти от поселка по лесу и болоту ночью. А если бы он даже и прошел этот путь, то на сапогах остались бы следы болотной грязи.

У следователя возникли две версии: первая, что С. сам прошел от поселка по шпалам около одного километра навстречу поезду и при загадочных обстоятельствах погиб под его колесами^[5] и вторая, вторая, что тело С. кто-то перенес и бросил под колеса поезда и этот человек оставил свои следы. Следователь предложил проверить каждую версию. Стал тщательно осматривать части тела С., при этом очищая марлевым тампоном машинную смазку,

он обратил внимание на веретенообразное отверстие в грудной клетке. Осмотрев отверстие, врач предположил, что это – ножевое ранение.

Так возникла новая версия. Прошлой ночью кто-то ударом ножа в грудь убил С., вынес труп через лес и болото на железную дорогу и бросил его под колеса проходившего поезда. Убийца является местным жителем, потому что ночью смог найти дорогу через густой лес и труднопроходимое болото, так как нес на себе труп С. (около 70 кг).

В ходе обсуждения этой версии участковый инспектор высказал предположение, что это убийство мог совершить лесник К., который относился к С. неприязненно, угрожал ему расправой^[6]. Кроме того, лесник был чрезвычайно сильным человеком. Нашлись также в поселке люди, которым К. хвастался, что он единственный, кто может выйти на железную дорогу через болото, не завязнув в нем. При обыске в доме К. в тайнике был обнаружен нож со следами крови. К. сознался в убийстве С».

Задача.

«Сотрудница конторы Усинского леспромхоза Зинаида Н. обратилась в милицию с заявлением об изнасиловании ее неизвестным преступником. По ее словам, вернувшись к себе домой после киносеанса, она еще не успела снять пальто, как в комнату стремительно вошел одетый в фуфайку серого цвета, мужчина среднего роста с закрытым шарфом лицом, зажал тряпкой ее рот и повалил на постель, требуя близости. Оказывая сопротивление, Н. пыталась кричать, но преступник навалился туловищем на ее лицо, а затем заткнул рот тряпкой. Продолжая борьбу, она свалила преступника на пол, по которому они несколько раз прокатились между стенкой и кроватью. Затем Н. потеряла сознание, а придя в себя, оказалась раздетой на кровати со следами насилия. По признакам внешности, описанным Н., в качестве подозреваемого был задержан рабочий лесопилки Николай М., категорически отрицавший свою вину».

Вопросы: Какую экспертизу следует назначить для идентификации подозреваемого? Как должен быть сформулирован вопрос эксперту?

Задача.

В городе N. по Смирновскому шоссе, во дворе дома № 25, на лестнице мусоросборника нашли большой чемодан, в котором оказался труп женщины без головы и конечностей, завернутый в скатерть. Через два дня в подъезде дома № 40 по проспекту Мира нашли хозяйственную сумку, в которой были конечности и голова. Прошло 6 дней, и во дворе строящейся гостиницы со стороны Китайского проезда был найден рюкзак с остальными частями трупа, завернутыми в полиэтиленовую пленку. Судебно-медицинская экспертиза установила, что, судя по взаимному анатомическому соответствию и результатам биологического исследования тканей на группно-типовую идентичность,— это части одного трупа.

Рентгенографическим исследованием костей скелета (с учетом данных наружного осмотра) определили, что потерпевшей было примерно 18–23 года.

У потерпевшей обнаружили педикюр малинового цвета. Оперативным работникам уголовного розыска пришлось опросить всех педикюрщиц города Н. Большинство из них утверждало, что педикюр женщина сделала сама. Проверка по картотеке пропавших без вести в данном городе и прилегающем к нему регионе также положительных результатов не дала.

Наконец, в отделение розыска областного УВД обратилась гр-ка М., жительница города Н., с заявлением об исчезновении своей двадцатилетней дочери Надежды. Но восстановить прижизненный облик убитой и опознать ее было невозможно.

Тщательное исследование упаковки трупа ничего не дало. Попытки установить владельца чемодана оказались безуспешными. Необходимо было сопоставить приметы исчезнувшей и обнаруженного трупа. М. рассказала о приметах дочери, назвала, когда и чем болела дочь, в каких медицинских учреждениях лечилась. Из названных свидетельницей лечебных учреждений были истребованы истории болезни. При исследовании трупа у потерпевшей обнаружили правосторонний бартолитит.

В истории болезни было записано, что дочь М. Надежда страдала этим заболеванием. Приметы, обнаруженные на теле убитой, в основном совпадали с приметами, названными ее матерью. Однако все эти данные были недостаточны для того, чтобы считать тождество установленным.

В доме, где проживала Надежда, взяли альбом с фотографиями, лак для ногтей, несколько волос с расчески. Изъятый на квартире лак совпал при физико-химическом исследовании с лаком, которым были покрыты ногти на пальцах рук и ног убитой. Эксперты-биологи установили, что волосы, обнаруженные в квартире М., также совпали по всем признакам с образцом волос, взятых с головы убитой. Сравнительным исследованием фотографии убитой с фотографиями Надежды установили совпадение ряда признаков. Так, совпадали формы и размер лба, глаз, бровей, лица, ямочки на подбородке и ряд других особенностей. Совпадающие признаки в итоге индивидуализировали личность и дали основание сделать категорический вывод, что на фотоснимках изображено одно и то же лицо – Надежда М.

В дальнейшем преступник был найден и изобличен.

Вопросы.

1. Какие виды экспертиз были произведены?
2. Сформулируете вопросы, которые были поставлены перед экспертами в назначенных экспертизах.

Задача.

7 марта в селе Красное во дворе своего дома были обнаружены трупы супругов Ольги и Семена Ф. с обширными черепно-мозговыми травмами. Обстановка на месте происшествия, положение трупов, повреждения на одежде, ее состояние свидетельствовали о том, что убийству предшествовала драка. Указанное обстоятельство позволило предположить, что части тела, одежда преступника должны были соприкасаться с потерпевшими, их одеждой.

С соблюдением необходимых правил одежду потерпевших изъяли и упаковали. В правой кисти трупа Семена Ф. оказались зажатыми несколько волосков. Они, а также подногтевое содержимое трупов супругов и образцы их волос, также были изъяты.

По подозрению в убийстве был задержан Николай К. Одежду, в которой он находился в ночь убийства, подногтевое содержимое и образцы его волос изъяли.

Носильные вещи потерпевших и подозреваемого направили на экспертизу. По подногтевому содержимому убитых была назначена экспертиза волокнистых материалов, а по подногтевому содержимому подозреваемого — еще химическая (по лакокрасочным материалам) и биологическая экспертизы.

Экспертиза волокнистых материалов на предмет контакта одежды потерпевших и подозреваемого положительных результатов не дала. Заключение других экспертиз дали следующие результаты.

В подногтевом содержимом правой руки потерпевшего Семена Ф. имеется одно шерстяное микроволокно фиолетового цвета общей родовой принадлежности с одним из четырех видов волокон, входящих в состав ткани брюк подозреваемого.

В подногтевом содержимом левой руки потерпевшего Семена Ф. имеется одно хлопчатобумажное микроволокно зеленовато-серого цвета общей родовой принадлежности с аналогичным видом волокон, входящих в состав ткани фуфайки подозреваемого. Такое же волокно имелось в подногтевом содержимом правой руки потерпевшей Ольги Ф.

В подногтевом содержимом подозреваемого находятся текстильные микроволокна в количестве 163 штук. Большинство из этих волокон могло быть частью рубашки потерпевшего или иного изделия, изготовленного из такой же ткани, либо частью свитера потерпевшего или другого изделия, изготовленного из аналогичной ткани. Часть волокон из подногтевого содержимого подозреваемого могла быть частью брюк Семена Ф. и фуфайки Ольги Ф. Наряду с этим в подногтевом содержимом подозреваемого имеются две микрочастицы краски. Они могли быть частью покрытия внутренней стороны парадных дверей, внутренней стороны коробки парадных дверей, а также наружной и внутренней сторон дверей комнаты убитых. В том же подногтевом содержимом обнаружена кровь человека, но из-за малого ее количества установить ее групповую принадлежность не представилось возможным.

Волоски, изъятые из правой кисти Семена Ф., происходят с одной головы. Все они сходны по ряду морфологических признаков, а также по групповой характеристике системы АВО с волосами головы (лобной части) подозреваемого и могут происходить с его головы.

Биологическая экспертиза, проведенная по пятнам, обнаруженным на фуфайке Николая К., установила, что кровь могла произойти от Ольги Ф.

Наличие в подногтевом содержимом подозреваемого микроволокон, сходных с волокнами, входящими в ткани одежды потерпевших, и, наоборот, обнаружение в подногтевом содержимом последних микроволокон, одинаковых по родовым признакам с волокнами, входящими в ткань одежды подозреваемого, подтвердили первоначальный, сделанный на основании осмотра места происшествия и трупов вывод следователя о том, что убийству Ольги и Семена предшествовала драка между ними и преступником.

Кроме этого, заключение химической экспертизы по лакокрасочным материалам свидетельствует о том, что Николай К. проник в дом потерпевших не обычным способом, а путем взлома двери. Это подтверждается наличием в его подногтевом содержимом частиц краски, покрывающей внутренние стороны парадных дверей дома потерпевших и коробки этих дверей, а также наружную и внутреннюю стороны дверей комнаты.

Вопросы.

1. Какие виды экспертиз были произведены?
2. Сформулируете вопросы, которые были поставлены перед экспертами в назначенных экспертизах.

Задача

К., 77 лет, в прошлом перенесла кровоизлияние в мозг, у нее была парализована левая половина тела (левосторонний гемипарез). Передвигалась с трудом в основном в пределах комнаты, большую часть времени проводила в постели. Вторую комнату в своей квартире сдавала В. Утром 30 июля К. была найдена мертвой в своей постели. При осмотре трупа на месте происшествия обнаружены царапины на лице, сукровичные выделения изо рта, выделения мочи и кала. В соседней комнате на кровати В. обнаружена подушка с пятнами, похожими на кровь (позднее при исследовании в судебно-медицинской лаборатории было установлено, что пятна на подушке образованы кровью второй группы; группа крови К. - вторая, В. - третья). В. о места происшествия скрылась.

Задание. 1. Сформулируйте следственные версии и определите вопросы специалисту для их подтверждения.

2. Какие экспертизы необходимо назначить?

3. Сформулируйте вопросы судебно-медицинскому эксперту при назначении экспертизы.

[1] Оцените формулировку и поясните, что имеет в виду автор?

[2] Укажите причину, приведшую к необходимости повторного осмотра.

[3] Рассмотрите с преподавателем закономерности судебно-медицинской танатологии, развития трупных явлений и определения давности наступления смерти.

[4] Рассмотрите с преподавателем вопросы назначения судебно-медицинской экспертизы и установить возможные причины ошибочного заключения формулировкой вопросов экспертам, различием исследуемых объектов разными экспертами, отсутствием у экспертов данных о наличии первого трупа, возможной попыткой решения вопроса о близости по времени давности смерти двух потерпевших самим следователем (без понимания того, что этот вопрос требует специальных знаний).

Критерии оценивания (оценочное средство - Задания)

Оценка	Критерии оценивания
зачтено	Знания 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. Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено несколько несущественных ошибок Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки, без ошибок. Уровень знаний в объеме, превышающем программу подготовки.
не зачтено	Знания 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 ошибки. Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено несколько негрубых ошибок Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено несколько несущественных ошибок Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки, без ошибок. Уровень знаний в объеме, превышающем программу подготовки.

5.1.3 Типовые задания (оценочное средство - Опрос) для оценки сформированности компетенции ПК-4:

1. Развитие криминалистики за счет использования теории и практики судебно-медицинской диагностики и семиотика.	ПК-4
1. Доказательственное значение нозологического и синдромного судебно-медицинского диагнозов в судебной практике.	ПК-4
1. Структура судебно-медицинского диагноза и его значение в Заключении эксперта, как доказательства.	ПК-4
1. Юридическое значение современных научных концепций и системы понятий, составляющие теоретическую базу судебной медицины.	ПК-4
1. Система криминалистических и судебно-медицинских задач, требующих использования понятия «гомеостаз».	ПК-4
1. Версионная деятельность следователя и эксперта, построенная на кибернетической модели саморегуляции отдельных систем организма.	ПК-4

5.1.4 Типовые задания (оценочное средство - Опрос) для оценки сформированности компетенции ПК У-1:

1. 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.	ПК- У1
1. Уголовно-правовое и криминалистическое значение судебно-медицинского установления патогенеза и танатогенеза при производстве судебно-медицинской экспертизы.	ПК- У1
1. Доказательственное значение компьютерных методов моделирования пато- и танатогенеза на основе общепатологических и компенсаторно-приспособительных процессов при различных повреждающих воздействиях внешних факторов	ПК- У1
1. Достоинства и упущения действующих медицинских критериев оценки степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека.	ПК- У1
1. Правовое значение экспертной ошибки и ее правовая оценка.	ПК- У1
1. Правовое понятие и причины возникновения врачебных ошибок..	ПК- У1
1. Статистические методы принятия решений в криминалистике и судебно-медицинской диагностике.	ПК- У1
1. Базы знаний по судебной медицине и использование их следственными органами.	ПК- У1
1. Экспертные системы в судебной медицине	ПК- У1
1. Судебно-медицинские знания как основа криминалистического моделирования механизма причинения смерти.	ПК- У1
1. Предмет, задачи и методы судебной психиатрии.	ПК- У1
1. Организация судебно-психиатрической экспертизы.	ПК- У1
1. Виды судебно-психиатрических экспертиз.	ПК- У1
1. Порядок назначения и производство судебно- психиатрической экспертизы.	ПК- У1
1. Вменяемость и вина.	ПК- У1
1. Ограниченная вменяемость.	ПК- У1
1. Уголовно-процессуальная дееспособность и способность к даче показаний обвиняемых с психическими расстройствами.	ПК- У1
1. Принудительные меры медицинского характера в отношении лиц с психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния	ПК- У1

Критерии оценивания (оценочное средство - Опрос)

Оценка	Критерии оценивания
зачтено	Минимально допустимый уровень знаний. Допущено много негрубых ошибки. Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено несколько негрубых ошибок Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено несколько негрубых ошибок Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки, без ошибок. Уровень знаний в объеме, превышающем программу подготовки.
не зачтено	Знания Отсутствие знаний теоретического материала. Невозможность оценить полноту знаний вследствие отказа обучающегося от ответа Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.

5.1.5 Типовые задания (оценочное средство - Тест) для оценки сформированности компетенции ПК-4:

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. Освидетельствованию может быть подвергнут:

- 1) подозреваемый;
- 2) обвиняемый;
- 3) потерпевший;

4) свидетель.

6. 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.

7. 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).

8. 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.

9. 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».

5.1.6 Типовые задания (оценочное средство - Тест) для оценки сформированности компетенции ПК У-1:

Типовые задания (оценочное средство - Тест) для оценки сформированности компетенции ПК – У1

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

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

18. 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
- 5) проводить экспертные эксперименты.

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

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

20. 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.

21. 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.

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

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

23. 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.

24. 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.

25. Стадия имбибиции трупных пятен обычно формируется по истечении:

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

24. 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.

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

- A) 3-4 ч;

- В) 4-5 ч;
- С) 5-6 ч;
- Д) 6-7 ч;
- Е) 7-8 ч.

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

- А) 1-2 ч;
- В) 2-4 ч;
- С) 4-6 ч;
- Д) 6-10 ч;
- Е) 10-15 ч.

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

- А) 1-2 ч;
- В) 2-4 ч;
- С) 4-6 ч;
- Д) 6-10 ч;
- Е) 10-15.

28. К ранним посмертным изменениям относят:

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

29. Скорость остывания тела зависит от:

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

30. На степень выраженности трупных пятен влияет:

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

31. На степень выраженности трупных пятен влияет:

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

32. Окраска трупных пятен может быть:

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

33. Розоватая окраска трупных пятен бывает при:

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

34. 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.

35. 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.

36. На степень выраженности мышечного окоченения влияет:

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

37. 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.

Тест №2

К патологии восприятия относятся:

- а) бред
- б) амнезии
- в) галлюцинации
- г) сенестопатии
- д) иллюзии
- е) тоска
- ж) верно все
- з) верно В, Г, Д.

Тест № 3

К патологии памяти относятся:

- а) гипомнезия
- б) гипермнезия
- в) амнезия
- г) псевдореминисценции
- д) конфабуляции
- е) криптомнезии
- ж) верно все
- з) верно все, кроме Г

Тест № 4

К патологии мышления относятся:

- а) навязчивости
- б) сверхценные идеи
- в) бредовые идеи
- г) галлюцинации
- д) амнезии
- е) верно все перечисленное
- ж) верно А, Б, В
- з) верно все, кроме Д

Тест № 5

Если у человека непроизвольно возникают мысли, ошибочность которых он понимает, но не в силах ни предотвратить их возникновения, ни «победить» их, при этом он полностью контролирует свое поведение, то можно предположить:

- а) навязчивые идеи
- б) сверхценные идеи
- в) бредовые идеи
- г) все перечисленные (по представленному описанию отличить невозможно)

Тест № 6

Если у человека возникает логически обоснованное убеждение, тесно связанное с его личностными характеристиками, имеющее большой «эмоциональный заряд», занимающее главенствующее значение в его психической жизни, то можно предположить:

- а) навязчивые идеи
- б) сверхценные идеи
- в) бредовые идеи
- г) все перечисленные (по представленному описанию отличить невозможно)

Тест № 7

Если у человека возникает неправильное, нелепое (нелогичное) убеждение, не поддающееся коррекции (его невозможно переубедить), приводящее к нарушению поведения, то можно предположить:

- а) навязчивые идеи
- б) сверхценные идеи
- в) бредовые идеи
- г) все перечисленные (по представленному описанию отличить невозможно)

Тест № 8

К патологии эмоций относится:

- а) тоска
- б) страх
- в) тревога
- г) растерянность
- д) эйфория
- е) экстаз
- ж) благодушие
- з) симптом «стекла и дерева»
- и) все верно
- к) все верно, кроме 3

Тест № 9

Назовите составные части параноидного синдрома:

- а) персекуторный бред (преследования, воздействия)
- б) ложные галлюцинации
- в) чувство «сделанности»
- г) нарушения памяти
- д) снижение интеллекта
- е) все верно
- ж) верно А, Б, В

Тест № 10

Бредовые идеи могут встречаться:

- а) у здоровых людей в случае заблуждения
- б) только в случае психического расстройства (как относительно легкого, так и тяжелого)
- в) только в случае психического расстройства, и всегда свидетельствуют о его высокой тяжести

Судебная психиатрия – это:

- а) самостоятельный раздел психиатрии, изучающий проблемы психиатрии в специальном отношении к нормам уголовного и гражданского права,
- б) самостоятельный раздел уголовного права, изучающий общественно опасные деяния, совершенные психически больными людьми;
- в) самостоятельный раздел гражданского права, определяющий правовое положение лиц с психическими расстройствами в гражданском процессе;
- г) верно все перечисленное

Тест № 2

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;

Тест № 3

Судебная психиатрия тесно связана с науками:

- а) Биологическими (генетика, анатомия, биохимия, физиология, рентгенология);
- б) Психологическими (психология, психофизиология, нейропсихология, экспериментальная психология);
- в) Общественными (социология, педагогика);
- г) Юридическими: государство и право, уголовное право, гражданское право, криминалистика;
- д) со всеми перечисленными;
- е) со всеми, кроме В

Тест № 4

Формула невменяемости содержит критерии:

- а) медицинский;
- б) криминалистический;
- в) юридический;
- г) биохимический;
- д) волевой;
- е) интеллектуальный;
- ж) верно А и В;
- з) верно Д и Е;
- и) верно Б и Г.

Тест № 5

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.

Тест № 6

Назовите хронические психические расстройства:

- а) шизофрения
- б) маниакально-депрессивный психоз
- в) эпилепсия
- г) старческие психозы
- д) невроз
- е) верно все, кроме В;
- ж) верно все, кроме Д;

Тест № 7

Юридический (психологический) критерий невменяемости определяет:

- а) степень тяжести болезни;
- б) уровень дезинтеграции и поражения психики;
- в) юридические последствия для человека;
- г) все верно;
- д) верно А и Б.

Тест № 8

Для констатации наличия юридического критерия необходимо:

- а) установление интеллектуального компонента;
- б) установление волевого компонента;
- в) обязательное установление обоих компонентов;
- г) верно А и Б.
- д) все ответы не верны.

Тест № 7

Больной шизофренией в уголовном процессе может быть признан:

- а) невменяемым;
- б) ограниченно вменяемым;
- в) вменяемым;
- г) ограниченно дееспособным;
- д) недееспособным;
- е) дееспособным
- ж) все перечисленное верно;
- з) верно А, Б, В.

Тест № 8

Невменяемость устанавливается:

- а) судебно-психиатрической экспертной комиссией;
- б) судом;
- в) следователем;
- г) прокурором.

Тест № 9

Ограниченно вменяемым признается лицо, которое:

- а) в момент совершения преступления в силу психического расстройства не могло в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими;
- б) в момент совершения преступления не могло в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими;
- в) в момент совершения преступления в силу психического расстройства не могло осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими;
- г) в момент совершения преступления в силу психического расстройства не могло в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия).

Тест № 10

При установлении ограниченной вменяемости:

- а) лицо невиновно;
- б) лицо виновно, должно нести наказание;
- в) лицо виновно, должно нести наказание, которое обязательно должно быть смягчено;
- г) лицо виновно, должно нести наказание, которое обязательно должно быть усилено.

Критерии оценивания (оценочное средство - Тест)

Оценка	Критерии оценивания
зачтено	Минимально допустимый уровень знаний. Допущено много негрубых ошибки. Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено несколько негрубых ошибок Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено несколько несущественных ошибок Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки, без ошибок. Уровень знаний в объеме, превышающем программу подготовки.
не зачтено	Знания Отсутствие знаний теоретического материала. Невозможность оценить полноту знаний вследствие отказа обучающегося от ответа Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.

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 ошибок	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Ошибок нет.	Уровень знаний в объеме, превышающем программу подготовки.
<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	Продemonстрированы основные умения. Решены типовые задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, но не в полном объеме	Продemonстрированы все основные умения. Решены все основные задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания в полном объеме, но некоторые с недочетами	Продemonстрированы все основные умения. Решены все основные задачи. Выполнены все задания в полном объеме, но некоторые с недочетами	Продemonстрированы все основные умения. Решены все основные задачи с отдельными несущественными недочетами, выполнены все задания в полном объеме	Продemonстрированы 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 некоторыми недочетами	Продemonстрированы базовые навыки при решении стандартных задач с некоторыми недочетами	Продemonстрированы базовые навыки при решении стандартных задач без ошибок и недочетов	Продemonстрированы навыки при решении нестандартных задач без ошибок и недочетов	Продemonстрирован 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 ПК-4

1. Важнейшие закономерности и понятия судебной медицины, формирующиеся в историческом развитии судебно-медицинских знаний. Выдающиеся ученые каждого периода.	ПК-4
2. Важнейшие закономерности и понятия судебной психиатрии, формирующиеся в историческом развитии судебно-психиатрических знаний. Выдающиеся ученые каждого периода	ПК-4
3. Правовые причины возникновения потребности использования медицинских знаний в уголовном и гражданском процессе.	ПК-4
4. Процессуальные основы использования специальных знаний в уголовном судопроизводстве.	ПК-4
5. Содержание и назначение Федерального закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» от 31 мая 2001 года.	ПК-4
6. Содержание и значение Приказа Минздравсоцразвития от 12 мая 2010 г. N 346н.	ПК-4
7. Содержание и значение приказа Минздравсоцразвития РФ «Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека», от 24	ПК-4

апреля 2008 г. N 194н.	
8. Каковы процессуальный статус, права и обязанности специалиста и эксперта.	ПК-4
9. Раскройте содержание основных современных научных концепций, составляющие теоретическую базу судебной медицины.	ПК-4
1. Юридическое значение и медицинская основа медицинских критериев оценки степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека.	ПК-4
2. Классификация видов смерти, внешние и внутренние причины ее наступления.	ПК-4

5.3.2 Типовые задания (оценочное средство - Контрольные вопросы) для оценки сформированности компетенции ПК У-1

1. Раскройте систему современных научных категорий и понятий медицины и укажите ее прикладное значение.	ПК - У1
2. Гомеостаз - важнейшее понятие судебной медицины и его место в понимании пато- и танатогенеза, определении давности смерти, научного обоснования медицинских критериев степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека.	ПК - У1
3. Гомеостаз и кибернетическая модель саморегуляции отдельных систем организма.	ПК - У1
4. Объясните необходимость рассматривать срыв гомеостаза саморегулирующихся жизненно важных систем при внешнем повреждении в качестве основы квалификации преступлений, предусмотренных ст. 105 и ст. 111 ч. 4 УК РФ.	ПК - У1
5. Раскройте понятие патогенеза и танатогенеза.	ПК - У1
6. Объясните основные методы моделирования пато- и танатогенеза на основе общепатологических и компенсаторно-приспособительных процессов при различных повреждающих воздействиях внешних факторов.	ПК - У1
7. Процессы переживания тканей и клеток.	ПК - У1
8. Почему прижизненные и посмертные реакции берутся за основу определения давности, прижизненности и последовательности причинения повреждений.	ПК - У1
9. Что такое основная и непосредственная причины смерти, в чем выражается их судебно-медицинское значение на практике.	ПК - У1
10. Способы определения давности наступления смерти по ранним трупным явлениям.	ПК - У1
11. Способы определения давности наступления смерти по поздним трупным явлениям	ПК - У1

12.Методы регистрации ранних и поздних посмертных явлений.	ПК - У1
13.Методика математического моделирования посмертного охлаждения с целью определения давности наступления смерти.	ПК - У1
14.Судебно-медицинское значение фоновой патологии и связь ее с причиной смерти.	ПК - У1
15.Чем вызвана необходимость оценки влияния медицинской помощи на исход повреждения при определении тяжести причинения вреда здоровью.	ПК - У1
16.Рассмотрите проблемные вопросы уголовно-правовой квалификации преступлений против жизни и здоровья и судебно-медицинское обеспечения их разрешения.	ПК - У1
17. Моделирование принятия решений при диагностическом процессе в медицине и в судебно-медицинской экспертизе.	ПК - У1
18. Частная криминалистическая методика расследования ятрогений.	ПК - У1
19.Различие и последовательность патологоанатомической и судебно-медицинской оценки качества оказания медицинской помощи.	ПК - У1
20.Раскройте понятие врачебной ошибки. Укажите причины их возникновения.	ПК - У1
21.Изложите статистические методы учета врачебных ошибок.	ПК - У1
22.Уголовно-правовое понятие риска; экспертное исследование фактической стороны принятия решений в условиях риска при исследовании качества оказания медицинской помощи.	ПК - У1
23.Методы прогнозирования в медицине и судебной медицине. Прогноз развития заболевания у пациента, прогнозирование причин и механизмов танатогенеза.	ПК - У1
24.Экспертные ошибки.	ПК - У1
25.Понятие медицинских показаний, их место в проведении диагностических и лечебных мероприятий.	ПК - У1
26.Медицинская и судебно-медицинская документация.	ПК - У1
27.Правила заполнения медицинских документов.	ПК - У1
28.Значение медицинских документов как источника доказательств в уголовном процессе.	ПК - У1
29.Компьютерные технологии в судебной медицине и судебно-медицинской экспертизе.	ПК - У1
30.Структура Бюро СМЭ, организация работы отделений.	ПК - У1

31.Экспертиза живых лиц.	ПК - У1
32.Медицинские критерии степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека.	ПК - У1
33.Организация работы специалиста при производстве осмотра трупа на месте его обнаружения.	ПК - У1
34.Производство эксгумации.	ПК - У1
35.Назначение судебно-медицинской экспертизы и оценка заключения эксперта при дорожно-транспортных происшествиях.	ПК - У1
36.Назначение судебно-медицинской экспертизы и оценка заключения эксперта при отравлениях	ПК - У1
37.Назначение судебно-медицинской экспертизы и оценка заключения эксперта при механической асфиксии.	ПК - У1
38.Назначение судебно-медицинской экспертизы и оценка заключения эксперта при механической травме.	ПК - У1
39.Назначение судебно-медицинской экспертизы и оценка заключения эксперта при переохлаждении	ПК - У1
40.Организация работы специалиста при производстве осмотра трупа на месте его обнаружения.	ПК - У1
41. Законодательная регламентация деятельности судебных психиатров при проведении судебно-психиатрической экспертизы и применения принудительных мер медицинского характера.	ПК - У1
42.Психиатрическая помощь и принципы её оказания, структура.	ПК - У1
43.Основания назначения судебно-психиатрической экспертизы.	ПК - У1
44.Обязательное назначение судебно-психиатрической экспертизы	ПК - У1
45.Критерии невменяемости, ограниченной вменяемости обвиняемых, подсудимых, вопросы перед экспертами – психиатрами	ПК - У1

Критерии оценивания (оценочное средство - Контрольные вопросы)

Оценка	Критерии оценивания
зачтено	Минимально допустимый уровень знаний. Допущено много негрубых ошибки. Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено несколько негрубых ошибок Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено

Оценка	Критерии оценивания
	несколько несущественных ошибок Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки, без ошибок. Уровень знаний в объеме, превышающем программу подготовки.
не зачтено	Отсутствие знаний теоретического материала. Невозможность оценить полноту знаний вследствие отказа обучающегося от ответа Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.

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

Основная литература:

1. Крюков Виталий Николаевич. Судебная медицина : Учебник / Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова. - 2. - Москва : ООО "Юридическое издательство Норма", 2022. - 432 с. - ВО - Бакалавриат. - ISBN 978-5-91768-248-8. - ISBN 978-5-16-104316-5. - ISBN 978-5-16-005269-4., <https://e-lib.unn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=FindDocs&ids=834699&idb=0>.
2. Пауков Вячеслав Семенович. Судебная медицина: лекции : Учебное пособие / закрыт Московская академия экономики и права. - 1. - Москва : ООО "Юридическое издательство Норма", 2022. - 288 с. - ВО - Бакалавриат. - ISBN 978-5-91768-288-4. - ISBN 978-5-16-101551-3. - ISBN 978-5-16-005621-0., <https://e-lib.unn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=FindDocs&ids=834527&idb=0>.
3. Датий Алексей Васильевич (Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова). Судебная медицина и психиатрия : Учебник / Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова. - 3. - Москва : Издательский Центр РИОР, 2024. - 294 с. - (Высшее образование). - Профессиональное образование. - ISBN 978-5-369-01091-4. - ISBN 978-5-16-102564-2. - ISBN 978-5-16-006063-7., <https://e-lib.unn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=FindDocs&ids=890681&idb=0>.

Дополнительная литература:

1. Березанцев А. Ю. Судебная психиатрия : учебник / А. Ю. Березанцев. - 4-е изд. ; пер. и доп. - Москва : Юрайт, 2023. - 581 с. - (Высшее образование). - ISBN 978-5-534-15850-2. - Текст : электронный // ЭБС "Юрайт"., <https://e-lib.unn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=FindDocs&ids=842158&idb=0>.
2. Витер В. И. Судебная медицина : учебник и практикум / В. И. Витер, А. Р. Поздеев, А. Ю. Вавилов. - 3-е изд. ; пер. и доп. - Москва : Юрайт, 2023. - 315 с. - (Высшее образование). - ISBN 978-5-534-11122-4. - Текст : электронный // ЭБС "Юрайт"., <https://e-lib.unn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=FindDocs&ids=845615&idb=0>.
3. Россинская Елена Рафаиловна. Теория судебной экспертизы (Судебная экспертология) : Учебник / Московский государственный юридический университет им. О.Е. Кутафина. - 2. - Москва : ООО "Юридическое издательство Норма", 2022. - 368 с. - ВО - Бакалавриат. - ISBN 978-5-91768-716-2. - ISBN 978-5-16-104122-2. - ISBN 978-5-16-011733-1., <https://e-lib.unn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=FindDocs&ids=834344&idb=0>.

4. Спасенников Борис Аристархович. Принудительные меры медицинского характера : Монография / Вологодский институт права и экономики Федеральной службы исполнения наказаний; Государственный университет управления; Московский государственный юридический университет им. О.Е. Кутафина. - Москва : Издательство "ЮНИТИ-ДАНА", 2017. - 175 с. - ВО - Магистратура. - ISBN 978-5-238-02934-4., <https://e-lib.unn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=FindDocs&ids=769625&idb=0>.
5. Барденштейн Леонид Михайлович. Клиническая психиатрия. Избранные лекции : Учебное пособие / Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова; Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского. - Москва : ООО "Научно-издательский центр ИНФРА-М", 2019. - 432 с. - ВО - Бакалавриат. - ISBN 978-5-16-006541-0. - ISBN 978-5-16-100217-9., <https://e-lib.unn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=FindDocs&ids=631329&idb=0>.

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

1. Справочная правовая система «Гарант» www.garant.ru
2. Справочная правовая система «КонсультантПлюс»: www.consultant.ru
3. Электронно-библиотечная система «Знаниум» <http://znanium.com/>
4. Фундаментальная библиотека ННГУ <http://www.lib.unn.ru/>
5. Электронно-библиотечная система «Юрайт» <http://biblio-online.ru>
6. Профессионально – юридические системы «Кодекс»
7. Официальный сайт юридической службы, [http:// www.ruspravo-riel.ru](http://www.ruspravo-riel.ru)
 - a. [/advokat/ st_02_008.htm#ss](http://advokat/st_02_008.htm#ss).
8. Сайт Администрации Президента РФ: www.kremlin.ru
9. Сайт Государственной Думы Федерального Собрания РФ: www.duma.gov.ru
10. Сайт Генеральной прокуратуры РФ: www.genproc.ru
11. Сайт Верховного Суда РФ: www.supcourt.ru
12. Сайт Судебного департамента при Верховном Суде РФ: www.cdep.ru
13. Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2013660539. Толстолицкий В.Ю., Рыбочкин А.В. «Программа формирования следственных версий (ФОРВЕР Следователь)». Дата регистрации 8.11.2013.
14. Свидетельство о регистрации электронного ресурса. № 18812. «Модуль программы «ФОРВЕР», обеспечивающий создание электронной криминалистической характеристики преступлений различного вида». Дата регистрации 19.012.2012. авторы Толсто-лицкий В.Ю., Маслова М.Н., Карпенко С.Н., Козлов А.Л., Кулясов А.В. Организация- разработчик: ФГБОУ ВПО Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского.

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 40.04.01 - Юриспруденция.

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

Рецензент(ы): Погодина Татьяна Григорьевна, доктор медицинских наук.

Заведующий кафедрой: Леханова Елена Семеновна, доктор юридических наук.

Программа одобрена на заседании методической комиссии от 15.01.2024 г., протокол № 3.