Министерство Здравоохранения
Российской Федерации
ГЛПУ ТО Тюменская областная
клиническая психиатрическая больница
отделение судебно-психиатрической
экспертизы

ЗАКЛЮЧЕНИЕ КОМИССИИ ЭКСПЕРТОВ
от 13 марта 2009 года № 63/5528

Стационарная судебно-психиатрическая экспертиза **повторная** на подэкспертного СУББОТИНА Алексей Михайлович, 1965 г.р., обвиняемого по ст. 126 ч. 2 п. «а», «в», «з», ст. 163 ч. 2 п. «а», «в», 150 ч. 4 УК РФ в похищении человека, вымогательстве и вовлечении несовершеннолетнего в совершение преступления.

Проведена в составе:

Члена комиссии, эксперта	С.М.Уманского, образование высшее, эксперта-психиатра, зав. кафедрой психиатрии ТГМА, доктора меднаук, профессора, стаж работы 42 года
Члена комиссии, эксперта	Ф.Л. Аронова, образование высшее, эксперта-психиатра, врача-ординатора отделения ССПЭ ТОКПБ, врача-психиатра высшей категории, стаж работы 37 лет
Члена комиссии, эксперта	П.В. Кузнецова, образование высшее, эксперта-психиатра, врача-ординатора отделения ССПЭ ГЛПУ ТО ТОКПБ, стаж работы 4 года
Врача-докладчика, эксперта	М.А. Копанцовой, образование высшее, эксперта-психиатра, зав. отделением ССПЭ ТОКПБ, врача-психиатра высшей категории, стаж работы 22 года

на основании постановления судьи Калининского районного суда г. Тюмени Дягилева Р.В. от 26 января 2009 года.

На разрешение экспертов поставлены следующие вопросы:

1. Страдает ли Субботин А.М. хроническим расстройством психики, временным расстройством психики, слабоумием или иным болезненным состоянием психики? Если страдает, то каким именно и с какого времени?
2. Может ли Субботин А.М. в настоящее время адекватно воспринимать явления окружающей его действительности и давать им должную

07 04
2366

15.09.2008 представленная серия исследована совместно с Сокотовым Н.Н.: на серии представленных компьютерных томограмм головного мозга № 4340 от 03.09.2008 (представлено 16 имиджей в режиме визуализации вещества мозга, 16 имиджей в режиме визуализации костной ткани) в проекции глубоких отделов височной доли справа (проекция базальных ядер) определяется участок пониженной плотности (зона лакунарного инфаркта). Срединные структуры не смещены. Боковые желудочки асимметричны (несколько больше слева), не расширены. Третий, четвертый желудочки не изменены. Назальные цистерны не расширены, симметричны. Субарахноидальные пространства конвекситальной поверхности мозга, кортикальные борозды полушарий визуализируются обычно.

При анализе представленных КТ-грамм в режиме визуализации костной ткани травматических изменений костей не определяется. Пневматизация лобной пазухи слева, клеток решетчатой кости, клиновидной пазухи справа не изменена. Отмечается незначительно выраженное утолщение слизистой базальных отделов лобной пазухи справа. Отмечается наличие содержимого, с горизонтальным уровнем, в проекции клиновидной пазухи слева.

Заключение: представленная КТ-картина соответствует изменениям при перенесенном лакунарном инфаркте в глубоких отделах височной доли справа (бассейн глубоких отделов правой средней мозговой артерии). Левосторонний сфеноидит.

На основании постановления ст. следователя по Калининскому АО г. Тюмени СУ СК при прокуратуре РФ по Тюменской области от 21.07.08 года в помещении государственного учреждения Тюменской области «Областное бюро судебно-медицинской экспертизы» была проведена комиссия экспертов в составе врача судебно-медицинского эксперта отдела сложных экспертиз ГУ ТО ОБКСМЭ, зам. начальника Тюменского областного ГО СМЭ по экспертной работе Семечкова А.К., невролога и нейрохирурга, кандидата меднаук доцента кафедры нервных болезней факультета повышения квалификации профессиональной подготовки специалистов государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Тюменская государственная медицинская Академия» Минздрава Сурженко А.А. и врача-рентгенолога отделения лучевой диагностики государственного лечебно-профилактического учреждения Тюменской области «Тюменская областная клиническая психиатрическая больница» Сокотова Н.Н. была проведена экспертиза № 145 /т. 2, л.д. 116-122/, которая пришла к заключению, что «в апреле 2008 года у Субботина А.М. возникло «острое нарушение мозгового кровообращения в бассейне правой средне-мозговой артерии в проекции глубоких отделов правой височной доли /базальных ядер/». В момент освидетельствования у Субботина имеются «последствия в виде умеренно-выраженного левостороннего гемипареза», что обуславливает необходимость лечения в больнице в условиях стационара и препятствует участию в следственных действиях, прогнозировать длительность стационарного лечения не представляется возможным. Сделан вывод, что целесообразно повторить экспертизу, когда Субботин А.М. будет выписан из стационара на

амбулаторное лечение. Вопрос о содержании обвиняемого под стражей не был решен комиссией экспертов, т.к. им «неизвестен нормативный акт регламентирующих перечень заболеваний, препятствующих содержанию под стражей обвиняемых».

С 23.09.-29.09.08 года была проведена повторная комиссионная судебно-медицинская экспертиза на основании постановления ст. следователя СО по Калининскому округу г. Тюмени следственного управления СК при прокуратуре РФ по Тюменской области. Как следует из заключения № 186, экспертиза была проведена по материалам уголовного дела судмедэкспертом высшей категории, начальником ТОБСМЭ, зав. кафедрой судебной медицины и основ права ТГМА, доктором меднаук Зороастровым О.М., судмедэкспертом высшей категории,заведующим ТМРО ОБСМЭ Невмержицким В.Н. и главным неврологом г. Тюмени, заведующей кафедрой нервных болезней, доктором медицинских наук, профессором Рейхерт Л.И. Комиссия пришла к заключению, что «отмеченные у Субботина А.М. вышеуказанные заболевания не являются препятствием для совершения с ним следственных действий /допросов, ознакомлений с материалами дела/.

Как следует из представленного выписного эпикриза областной больницы УФСИН, находился на стационарном лечении с 02.04.08 года по 02.12.08 года с диагнозом: «Апато-абулический синдром психогенной этиологии на фоне ОПГМ после перенесенного повторного острого нарушения мозгового кровообращения в бассейне правой СМА с левосторонней гемиплегией; гипертоническая болезнь 3 стадии, 3 степени, риск-4». Как следует из выписки, в условиях стационара продолжал получать дегидратационную, рассасывающую, симптоматическую терапию. Был пассивен, безынициативен, словесному контакту недоступен, много спал. С окружающими в словесный контакт не вступал, себя не обслуживал, хотя в постели поворачивался самостоятельно. Когда хотел пить, есть и справлять естественные физиологические надобности, то просил окружающих «мычанием», пищу принимал с ложки, пищу жевал, глотал, пил жидкость, аппетит был сохранен. Следил за взглядом, обращенную речь понимал, выполнял некоторые простые требования, но не сразу, а с некоторой задержкой. Лицо оставалось маскообразным даже при упоминании о дочери. Наличие активной психопродукции выявить не удавалось. В неврологическом статусе – легкая сглаженность левой носогубной складки, акцент сухожильных рефлексов слева, мышечный тонус с левых конечностей снижен. Патологических стопных знаков нет. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, акцент второго тона на аорте. АД утром 115-120/70 мм рт.ст., вечером 140-150/70-80 мм рт.ст. Из стационара был выписан «на суд» ввиду заключения судебно-медицинской экспертизы от 23.09.08 года, что «больной может предстать для следственных действий».

На адвокатский запрос выдана справка /т. 5, л.д. 55/, что Субботин А.М. находился в ФБУ ОБ УФСИН с 02.04.08 года с диагнозом: «Острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу в бассейне правой срединно-мозговой артерии с умеренным левосторонним гемипарезом,

гипертоническая болезнь 3 стадии, 3 степени, риск-4, кризовое течение со склонностью к эпилептическим приступам, ХСН-2-А». Нуждается в длительном стационарном лечении, т.к. к основному заболеванию присоединилось психическое заболевание – «апато-абулический синдром психогенной этиологии на фоне органического поражения головного мозга после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения».

В ходе судебного заседания была допрошена Погребняк Н.Л., врач-психиатр медсанчасти ФБУ ИЗ-72/1 г. Тюмени, куда был переведен испытуемый после выписки из ФБУ ОБ УФСИН /т. 5, л.д. 70-72/, которая пояснила, что Субботин А.М. «находится в неадекватном состоянии», «лежит в постели, не двигается, речь отсутствует. Нарушены функции конечностей левой стороны. Физиологически свои действия контролирует. Находится в депрессивном состоянии, состояние острое на фоне стресса, что препятствует быстрому восстановлению функций». Также пояснила, что у Субботина А.М. «депрессивное состояние», и «для определения глубины заболевания, о том, понимает ли действительность окружающей среды», необходим эксперт.

Определением суда было назначено настоящее освидетельствование.

СОМАТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ: среднего роста, повышенного питания. Кожные покровы физиологической окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмрчные. Живот мягкий, б/б. Печень по краю реберной дуги. Обследование: ОАК от 09.02.09 года: г-148 г/л, РОЭ-7 мм/час, л-5.2х10х9 л. Анализ крови на сифилис от 09.02.09 года отр. ОАМ: соломенно-желтая, мутная, белка, сахара нет, ед., л-2-3, оксалаты /+/, /-/, слизь /++/. Анализ кала на я/г отр. 06.02.09 года осматривалась терапевтом. АД 150/100 мм рт.ст. Назначен эналаприл 0.01х2 раза в день.

НЕВРОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ: в контакт не вступает, взгляд не фиксирует, на обращенную речь не реагирует. Расходящееся косоглазие за счет правого глаза. Зрачки округлой формы, равномерные, С=Д. Фотореакция сохранена. Сглажена левая носогубная складка. Тонус снижен в левых конечностях. Гипотрофия левой голени. Сила в левой конечности ослаблена. Сухожильные рефлексы С больше Д. Патологических стопных знаков нет. Постоянный оромандибулярный гиперкинез. Диагноз: Органическое поражение головного мозга сочетанного генеза /неоднократные ЧМТ в анамнезе с эписиндромом, повторные острые нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу в бассейне правой средне-мозговой артерии, левосторонняя гемиплегия, апаллический синдром? Осмотр в динамике 26.02.09 года – без изменений. Рекомендовано провести МРТ головного мозга. Консультация окулиста от 03.03.09 года: глазное дно /после ускоренной циплоплегии раствором мидриацила 0.5%/ прямая офтальмоскопия: – ДЗН розовые, границы четкие, вены полнокровные, широкие, артерии равномерно сужены. АВС 1:4. Очаговых изменений нет. Диагноз: Ангиопатия по гипертоническому типу.

ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ: осматривался в палате. В контакт не вступает, на обращенную речь не реагирует, инструкции не выполняет. Много времени спит. За испытуемым ухаживают сокамерники, умывают, перестилают,

бреют. Назначена терапия: маннитол 200.0 через день № 3, физраствор+сульфат магния 25% 10.0+эуфиллин 2.4 10.0+лазекс 2.0 в/в капельно № 3 через день, физраствор 200.0 +трентал 5.0 в/в капельно ежедневно № 7, витамины гр. В /В1,В6/ через день № 10, никотиновая кислота в/м 10.0, реланиум 2.0 в/м днем, ночью, эналаприл 10.0 мг 2 раза в день. Несмотря на проводимую терапию, в контакт с медперсоналом не вступает. По наблюдению дежурных смен, 06.02.09 года, не чувствуя наблюдения, двигал правой рукой, гладил себя по голове, поворачивался на бок, двигал пальцами правой ноги. Днем 07.02. смотрел телевизор. После отбоя в 22-30 сидел в кровати. Реагировал на вопросы сокамерников, отвечал им тихим голосом. Осужденные из хозчасти передавали испытуемому записки, которые читал самостоятельно. 24.02.09 года во время раздачи пищи лежал с открытыми глазами, свободно повернул голову в сторону подэкспертного, о чем-то с ним разговаривал. В тоже время, при виде медперсонала – закрывал глаза, в контакт не вступал, на обращенную к нему речь не реагировал. Сокамерники постоянно закрывали «глазок», на замечания дежурной смены не реагировали. 08.03.09 года, испытуемый в обед, вместе с испытуемыми пил чай, «лежал на правом боку, свободно размешивал сахар правой рукой в своей кружке, о чем-то разговаривал». По ночам вел переговоры с соседями по палате. 10.02., 15.02., 18.02., 20.02. зафиксированы общесудорожные приступы с потерей сознания с непроизвольным мочеиспусканием и дефекацией. Аппетит был сохранен. Трофических нарушений, пролежней не обнаружено.

На основании изложенного комиссия пришла к ЗАКЛЮЧЕНИЮ, что в связи с неясностью клинической картины, для уточнения диагноза и решения экспертных вопросов направить СУББОТИНА А.М. в Государственный научный Центр социальной и судебной психиатрии имени В.П. Сербского г. Москва.

Член комиссии, эксперт С.М. Уманский
Член комиссии, эксперт Ф.Л. Аронов
Член комиссии, эксперт П.В. Кузнецов
Врач-докладчик, эксперт М.А. Копанцова