

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
**«Федеральный исследовательский центр фундаментальной и трансляционной
медицины»**

УТВЕРЖДАЮ

Директор ФИЦ ФТМ

_____ М.И. Воевода

02 июня 2023 г.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ
«СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА»**

Специальность:

31.08.07 Патологическая анатомия

Уровень высшего образования:

подготовка кадров высшей квалификации

Новосибирск

2023 г.

Рабочая программа дисциплины «Судебно-медицинская экспертиза» разработана в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.07 Патологическая анатомия (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утверждённым приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 02.02.2022 № 110.

Разработчики программы:

Савченко С.В., доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделом внедрения новых технологий ГБУЗ НСО «Новосибирское областное бюро судебно-медицинской экспертизы»

Рабочая программа дисциплины рассмотрена и одобрена на заседании Ученого совета ФИЦ ФТМ (протокол № 6 от 01 июня 2023 г.)

1. Цель и задачи изучения дисциплины, требования к результатам освоения дисциплины

Цель изучения дисциплины:

1.1. Цель освоения дисциплины: подготовка высококвалифицированного специалиста – врача-патологоанатома, обладающего системой универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций в области судебно-медицинской экспертизы, готового к осуществлению самостоятельной профессиональной деятельности, в том числе в условиях специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи.

1.2. Задачи освоения дисциплины:

- подготовка врача-патологоанатома, обладающего глубоким объемом базовых, фундаментальных медицинских знаний, формирующих профессиональные компетенции эксперта, способного успешно решать профессиональные задачи;
- подготовка врача-патологоанатома, обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии, имеющего углубленные знания смежных дисциплин;
- формирование умений в освоении новейших технологий и методик в сфере своих профессиональных интересов;
- подготовить специалиста к самостоятельной профессиональной деятельности с учетом научно-практических знаний и умений в области судебной медицины.

Место дисциплины в структуре образовательной программы

1.1. Дисциплина входит в состав обязательной части Блока 1 «Дисциплины (модули)».

1.2. Для изучения дисциплины необходимы знания, умения и навыки, формируемые другими модулями основной образовательной программы высшего образования (ОПОП ВО) – программы ординатуры по специальности 31.08.07 «Патологическая анатомия». Тесная взаимосвязь между судебно-медицинской экспертизой и патологической анатомией обусловлена общими объектами изучения (труп и гистологические препараты органов и тканей), схожими методами исследования и приемами интерпретации полученных данных. Для изучения судебно-медицинской экспертизы необходимы базовые знания, получаемые в рамках дисциплин «Патология» и «Патологическая анатомия» – понимание закономерностей развития общепатологических процессов; этиологии, патогенеза и морфогенеза заболеваний, травм, их осложнений и отдаленных последствий; патоморфоза болезней, а также ятрогенной патологии.

1.3. Изучение дисциплины необходимо для формирования и закрепления знаний, умений и навыков в ходе последующего прохождения производственной (клинической) практики, подготовки и сдачи государственного экзамена.

Требования к результатам освоения дисциплины (модуля):

Формирование универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций у обучающихся в рамках изучения дисциплины (модуля) предполагает овладение системой теоретических знаний по выбранной специальности и формирование соответствующих умений и (или) владений.

Код и наименование компетенции, индикатора	Планируемые результаты обучения по дисциплине
--	---

достижения компетенции	
ОПК-5. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	
ОПК-5.1 Определяет объем медицинской экспертизы	Знать: - особенности участия в уголовном, гражданском, административном судопроизводстве и следственных действиях в порядке, определенном законодательством РФ; - нормативные правовые акты и методические документы, регламентирующие производство судебно-медицинской экспертизы по материалам дела; - порядок организации и производства судебно-медицинских экспертиз; - порядок взятия, упаковки, направления, транспортировки, хранения вещественных доказательств и объектов биологического и иного происхождения, предоставляемых на лабораторные и инструментальные экспертные исследования
	Уметь: - определять пригодность вещественных доказательств и объектов биологического и иного происхождения для проведения лабораторного и инструментального экспертного исследования; - анализировать и интерпретировать полученные результаты дополнительных инструментальных и (или) лабораторных исследований
	Владеть: - навыками забора и направления объектов для дополнительных инструментальных и (или) лабораторных исследований в установленном порядке
ОПК-5.2 Ведет подготовку медицинской документации для осуществления медицинской экспертизы	Знать: - основные ведомственные документы, регламентирующие деятельность судебно-медицинской службы в РФ; - основные критерии качества оказания медицинской помощи; основные положения законодательства в отношении профессионально-должностных правонарушений медицинских работников
	Уметь: - сопоставлять данные медицинских документов с предлагаемыми протоколами, стандартами и порядками; - дать заключение о причине смерти и сформулировать морфологический диагноз; протоколировать результаты вскрытия, заполнять медицинское свидетельство о смерти
	Владеть: - навыками формулировки и обоснования экспертных выводов в соответствии с требованиями процессуального законодательства РФ и нормативных правовых документов в сфере государственной судебно-экспертной деятельности

ОПК-5.3 Проводит медицинскую экспертизу	Знать:	- классификации, морфологические проявления и механизмы образования повреждений от действия различных внешних повреждающих факторов; - особенности производства судебно-медицинской экспертизы при действии различных факторов внешней среды
	Уметь:	- выявлять и оценивать морфологические признаки повреждений при действии факторов внешней среды и заболеваний; - устанавливать давность образования повреждений; - выявлять признаки самоповреждения и устанавливать болезненное состояние, вызванное искусственным путем
	Владеть:	- навыками описания патоморфологических изменений при действии различных повреждающих факторов; - принципами судебно-медицинской оценки повреждений, причинённых различными видами повреждающих факторов

2. Объем дисциплины (модуля) по видам учебной работы

Виды учебной работы	Всего часов	Объем по годам обучения	
		1	2
Контактная работа обучающегося с преподавателем по видам учебных занятий (КР):	44	1	2
		44	
Лекция (Л)	4	4	
Семинарское/практическое занятие (СПЗ)	40	40	
Консультации (К)	-	-	-
Самостоятельная работа обучающегося, в том числе подготовка к промежуточной аттестации (СР)	28	28	
Вид промежуточной аттестации: Зачет (З), Зачет с оценкой (ЗО), Экзамен (Э)	зачет		
Общий объем дисциплины в часах	72	72	
Общий объем дисциплины в зачетных единицах	2	2	

3. Содержание дисциплины

Раздел 1. Процессуальные и организационные основы судебно-медицинской экспертизы. Методы исследования в судебной медицине

- 1.1. Предмет и содержание судебной медицины. Процессуальные основы судебно-медицинской экспертизы.** История судебной медицины. Методы исследования в судебной медицине. Организация судебно-медицинской службы в РФ. Нормативно-правовые акты, регулирующие судебно-медицинскую экспертизу. Обязанности, права и ответственность судебно-медицинских экспертов. Объекты и виды судебно-медицинской
- 1.2. Осмотр трупа на месте его обнаружения.** Методики обнаружения, изъятия и упаковки вещественных доказательств биологического происхождения, порядок их направления для лабораторных исследований. Особенности осмотра места происшествия и трупа в зависимости от категории и вида (причины)
- 1.3. Лабораторные методы исследования в судебной медицине.** Исследование крови, спермы, слюны, волос и других вещественных доказательств биологического происхождения. Вопросы, решаемые при их исследовании. Возможности судебно-химического, судебно-гистологического и медико-криминалистического исследований.

Раздел 2. Судебно-медицинская экспертиза трупа

- 2.1. Судебно-медицинская танатология.** Ранние трупные изменения: охлаждение, трупные пятна, трупное окоченение, высыхание, аутолиз. Причины и условия, ускоряющие и замедляющие их развитие. Поздние трупные явления: гниение, мумификация, жировоск и торфяное дубление. Причины и условия, способствующие их возникновению и развитию. Процессуальные и организационные формы судебно-медицинского исследования трупа; последовательность и объем выполняемых действий. Установление давности наступления смерти при наружном и внутреннем исследовании; определение давности захоронения трупа по костным останкам.
- 2.2. Экспертиза повреждений механического происхождения.** Медицинская классификация повреждений и их признаки. Тупая, острая и огнестрельная травмы. Транспортная травма. Вопросы, разрешаемые при судебно-медицинской экспертизе механических повреждений. Лабораторные исследования, причины смерти при механических повреждениях. Отличие прижизненных повреждений от посмертных.
- 2.3. Экспертиза в случаях смерти от действий физических факторов. Экспертиза скоропостижной (внезапной) смерти.** Общее и местное действие высокой и низкой температуры на организм, повреждение техническим и атмосферным электричеством. Особенности осмотра трупа на месте происшествия с участием судебно-медицинского эксперта и вопросы, разрешаемые судебно-медицинской экспертизой при внезапной смерти.
- 2.4. Экспертиза механической асфиксии.** Кислородное голодание, его виды. Общие признаки задушения при наружном и внутреннем исследовании трупа. Классификация механического задушения: странгуляционная, обтурационная и компрессионная асфиксия. Повешение. Утопление. Лабораторные исследования при экспертизе случаев смерти от задушения. Вопросы, разрешаемые судебно-медицинской экспертизой при различных видах механической асфиксии.
- 2.5. Экспертиза смерти вследствие отравлений.** Определение и классификация ядов и отравлений. Условия, определяющие токсическое действие химических веществ. Происхождение отравлений и их исход. Судебно-медицинская диагностика отравления. Обстоятельства происшествия. Вскрытие трупа. Судебно-химическое исследование и оценка его результатов. Осмотр трупа на месте происшествия с участием судебно-медицинского эксперта, изъятие, упаковка и направление вещественных доказательств на судебно-химические и другие исследования. Вопросы, разрешаемые судебно-медицинской экспертизой при отравлениях.
- 2.6. Экспертиза трупов плодов и новорожденных.** Особенности исследования трупов новорожденных детей. Вопросы, разрешаемые при экспертизе: новорожденность, зрелость и

доношенность, жизнеспособность, живорожденность, продолжительность внеутробной жизни, причины смерти. Родовая травма. Внутриутробная асфиксия. Виды насильственной смерти новорожденных. Оставление без помощи.

Раздел 3. Судебно-медицинская экспертиза потерпевших, подозреваемых и других лиц

3.1. Судебно-медицинская экспертиза определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека. Классификация телесных повреждений по степени тяжести и их признаки. Правила определения степени тяжести вреда здоровью (тяжкий, средней тяжести, легкий). Экспертиза размера утраты трудоспособности. Истязания, мучения, побои.

3.2. Другие виды экспертизы живых лиц. Экспертиза состояния здоровья, симуляции, самоповреждения и членовредительства. Экспертиза при спорных половых состояниях и половых преступлениях. Экспертиза беременности, бывших родов и аборта. Значение лабораторных методов исследования. Освидетельствование потерпевших и подозреваемых. Вопросы, разрешаемые экспертизой живых лиц по поводу телесных повреждений и состояния здоровья, при половых преступлениях

Раздел 4. Судебно-медицинская экспертиза по уголовным и гражданским делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников

4.1. Организация и проведение судебно-медицинской экспертизы по материалам дела. Уголовные преступления медицинских работников. Врачебные ошибки и несчастные случаи в медицинской практике. Особенности судебно-медицинской экспертизы при расследовании дел по обвинению медицинского персонала в связи с профессиональной деятельностью. Комиссионная судебно-медицинская экспертиза, ее документация.

4. Учебно-тематический план дисциплины

Номер раздела, темы	Наименование разделов, тем	Количество часов					Форма контроля
		Всего	КР	Л	СПЗ	СР	
Раздел 1	Процессуальные и организационные основы судебно-медицинской экспертизы. Методы исследования в судебной медицине	12	9	2	7	3	
Тема 1.1	Предмет и содержание судебной медицины. Процессуальные основы судебно-медицинской экспертизы	4	3	1	2	1	
Тема 1.2	Осмотр трупа на месте его обнаружения	4	4	1	3		
Тема 1.3	Лабораторные методы исследования в судебной медицине	4	2		2	2	
Раздел 2	Судебно-медицинская экспертиза трупа	48	29	2	27	19	
Тема 2.1	Судебно-медицинская танатология	8	4		4	4	
Тема 2.2	Экспертиза повреждений механического происхождения	8	5	1	4	3	

Тема 2.3	Экспертиза в случаях смерти от действий физических факторов. Экспертиза скоропостижной (внезапной) смерти	8	5	1	4	3	
Тема 2.4	Экспертиза механической асфиксии	8	5		5	3	
Тема 2.5	Экспертиза смерти вследствие отравлений	8	5		5	3	
Тема 2.6.	Экспертиза трупов плодов и новорожденных	8	5		5	3	
Раздел 3	Судебно-медицинская экспертиза потерпевших, подозреваемых и других лиц	8	4		4	4	
Тема 3.1	Судебно-медицинская экспертиза определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека	4	2		2	2	
Тема 3.2	Другие виды экспертизы живых лиц	4	2		2	2	
Раздел 4	Судебно-медицинская экспертиза по уголовным и гражданским делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников	4	2		2	2	
	Общий объем	72	44	4	40	28	

5. Учебно-методическое обеспечение самостоятельной работы обучающихся

Цель самостоятельной работы обучающихся заключается в глубоком усвоении учебного материала и в развитии навыков самообразования. Самостоятельная работа включает: работу с текстами, основной и дополнительной литературой, учебно- методическими пособиями, нормативными материалами, в том числе материалами Интернета, а также проработку конспектов лекций, написание рефератов, участие в работе семинаров, научных конференциях.

Контроль самостоятельной работы осуществляется на семинарских (практических занятиях) занятиях.

6. Оценочные средства для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся

Примерные оценочные средства, включая оценочные задания для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине представлены в Приложении 1 Оценочные средства по дисциплине.

7. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

7.1. Основная литература:

1. Пиголкин, Ю.И. Судебная медицина и судебно-медицинская экспертиза [Электронный ресурс] / под ред. Ю. И. Пиголкина – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 728 с. – Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428207.html>.

7.2. Дополнительная литература:

1. Атлас по судебной медицине [Электронный ресурс] / Пиголкин Ю.И., Дубровин И.А., Горностаев Д.В. и др. Под ред. Ю.И. Пиголкина – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 376 с. – ISBN 978-5-9704-1542-9 – Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970415429.html>.
2. Клевно, В.А. Судебно-медицинская экспертиза: теоретические, процессуальные, организационные и методические основы [Электронный ресурс] / Клевно В.А. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 368 с. – Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970424551.html>.
3. Пиголкин, Ю.И. Судебная медицина. Задачи и тестовые задания [Электронный ресурс] : учебное пособие / под ред. Ю.И. Пиголкина. – 3-е изд., испр. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 736 с. – Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970439494.html>.
4. Пузин, С.Н. Судебная медико-социальная экспертиза: правовые и организационные основы [Электронный ресурс] / Пузин С.Н., Клевно В.А., Лаврова Д.И., Дымочка М.А. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 128 с. – Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970416648.html>.

7.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

1. Официальный сайт ФИЦ ФТМ: адрес ресурса – <https://frcftm.ru/>, на котором содержатся сведения об образовательной организации и ее подразделениях, локальные нормативные акты, сведения о реализуемых образовательных программах, их учебно-методическом и материально-техническом обеспечении, а также справочная, оперативная и иная информация.
2. www.sudmed.ru – форум судебно-медицинских экспертов;
3. www.forens.ru – форум судебно-медицинских экспертов;
4. Федеральная электронная медицинская библиотека [Электронный ресурс]: электронно-библиотечная система (ЭБС) / ЦНМБ Первого Московского государственного медицинского Центра им. И.М.Сеченова. – Режим доступа: <http://feml.scsml.rssi.ru/feml> – Свободный доступ;
5. eLIBRARY.RU [Электронный ресурс]: электронная библиотека / Науч. электрон. б-ка. – URL: <http://www.elibrary.ru/>. – Доступ к подписке журналов открыт со всех компьютеров сети Центра; к журналам открытого доступа – свободный доступ после регистрации на сайте elibrary.ru;
6. Министерство здравоохранения Российской Федерации: Документы. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/documents> – Свободный доступ;
7. Министерство здравоохранения Новосибирской области [Электронный ресурс]: сайт. – Режим доступа: <http://www.zdrav.nso.ru/page/1902> – Свободный доступ;
8. Российская государственная библиотека [Электронный ресурс]: сайт. – Режим доступа: <http://www.rsl.ru> – Свободный доступ;
9. Consilium Medicum [Электронный ресурс]: сайт. – Режим доступа: <http://www.consilium-medicum.com/> – Свободный доступ;
10. PubMed: US National Library of Medicine National Institutes of Health [Электронный ресурс]: сайт. – URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> – Свободный доступ;
11. Springer Journals [Электронный ресурс]: база данных – Режим доступа: <https://link.springer.com/> – Доступ открыт со всех компьютеров сети Центра;
12. ScienceDirect. Ресурсы открытого доступа [Электронный ресурс]: сайт. – Режим доступа: <http://www.sciencedirect.com/science/jrnlallbooks/open-access>;
13. КиберЛенинка: научная электронная библиотека [Электронный ресурс]: сайт. – Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/> – Свободный доступ.

7.4. Перечень профессиональных баз данных и информационных справочных систем

1. <http://www.consultant.ru> – Консультант студента, компьютерная справочная правовая система в РФ;
2. <https://www.garant.ru> – Гарант.ру, справочно-правовая система по законодательству Российской Федерации;

8. Материально-техническое обеспечение дисциплины

8.1. Перечень помещений и оборудования для проведения учебных занятий по дисциплине

№	Помещение (площадь)	Перечень оборудования	Адрес, наименование организации
1.	Музей ОБСМЭ	Экран настенный 175x324 (1шт.); ноутбук Asus F5RL (1 шт.); проектор видео LG DX325 DZP2500Ansi (1 шт.); банк макропрепаратов; банк микропрепаратов.	ГБУЗ «Областное бюро судебно-медицинской экспертизы»
2	Секционный зал	Персональный компьютер в комплекте (1 шт.); телевизор ЖК 42 Supra STV-LC42T410FL (1 шт.); камера D-Link DCS 6004 L/A1A купольная IP (1 шт.); светильник бестеневой холодного света L735 потолочный (1 шт.); стол секционный стационарный комплексный ССС-2К (2 шт.).	ГБУЗ «Областное бюро судебно-медицинской экспертизы»

3	Кабинет № 438	Микроскоп Carl Zeiss PrimoStar биологический (4 шт.); фотомикроскоп Carl Zeiss (1 шт).	ГБУЗ «Областное бюро судебно-медицинской экспертизы»
4	Лаборатория	Аппарат АТ-4 для проводки – 1 шт; весы торсионные ВТ-1000 – 1 шт; вытяжной шкаф – 1 шт; нагревательный шкаф термостат – 1 шт; Ротационный механический микротом НМ-325 – 1 шт; Столик для подсушивания срезов СЭН – 1 шт; суховоздушный термостат ТС – 1 шт; микротом санный – 1 шт; холодильник Бирюса-2 – 1 шт; шкаф для готовых питательных сред – 1 шт; Рн-метр – 1 шт; фотомикроскоп Carl Zeiss – 1 шт; иммуногистостейнер – 1 шт; панель антител для иммуногистохимических исследований – 1 шт; детекционная система для иммуногистохимических исследований – 1 шт; гибридаizer – 1 шт; роботизированная система гистологической и иммуногистохимической диагностики с архивированием – 1 шт; набор для срочной цитологической окраски – 1 шт.	ГБУЗ «Областное бюро судебно-медицинской экспертизы»
5	Конференц-зал, ком. 611	Ноутбук Asus F3Ka TL60 (1 шт.); проектор Epson EB-93 (1 шт.).	Институт молекулярной патологии и патоморфологии ФИЦ ФТМ

6	Помещение для самостоятельной работы обучающихся № 409	Технические средства обучения: Компьютер Asus – 1 шт. Компьютер Interlink – 4 шт. Специализированная мебель: Стол компьютерный – 10 шт. Кресло компьютерное- 10 шт. Стол – 1 шт. Стул – 1 шт. Перечень лицензионного программного обеспечения: Linux Mint, Libre Office Помещение обеспечено доступом к сети «Интернет» и электронной информационно-образовательной среде ФИЦ ФТМ.	Учебно-методический центр ФИЦ ФТМ
---	--	--	-----------------------------------

9. Методические указания для обучающихся по изучению дисциплины

Преподавание дисциплины осуществляется в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования.

Основными формами получения и закрепления знаний по данной дисциплине являются занятия лекционного и практического типа, самостоятельная работа обучающегося, в том числе под руководством преподавателя, прохождение контроля.

Учебный материал по дисциплине разделен на четыре раздела:

Раздел 1. Процессуальные и организационные основы судебно-медицинской экспертизы. Методы исследования в судебной медицине

Раздел 2. Судебно-медицинская экспертиза трупа

Раздел 3. Судебно-медицинская экспертиза потерпевших, подозреваемых и других лиц

Раздел 4. Судебно-медицинская экспертиза по уголовным и гражданским делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников

Изучение дисциплины, согласно учебному плану, предполагает самостоятельную работу обучающихся. Самостоятельная работа включает в себя изучение учебной, учебно-методической и специальной литературы, её конспектирование, подготовку к семинарам (практическим занятиям), текущему контролю успеваемости и промежуточной аттестации (зачету).

Текущий контроль успеваемости по дисциплине (модулю) и промежуточная аттестация осуществляются в соответствии с Положением о проведении текущего контроля успеваемости и организации и проведения промежуточной аттестации обучающихся, устанавливающим формы проведения промежуточной аттестации, ее периодичность и систему оценок.

10. Методические рекомендации преподавателю по организации учебного процесса по дисциплине

Преподавание дисциплины осуществляется в соответствии с Федеральными государственными образовательными стандартами высшего образования.

При изучении дисциплины (модуля) рекомендуется использовать следующий набор средств и способов обучения:

- рекомендуемую основную и дополнительную литературу;
- задания для подготовки к семинарам (практическим занятиям) – вопросы для обсуждения и др.;
- задания для текущего контроля успеваемости (задания для самостоятельной работы обучающихся);
- вопросы и задания для подготовки к промежуточной аттестации по итогам изучения дисциплины, позволяющие оценить знания, умения и уровень приобретенных компетенций.

При проведении занятий лекционного и семинарского типа, в том числе в форме вебинаров и on-line курсов необходимо строго придерживаться учебно-тематического плана дисциплины (модуля), приведенного в разделе 4 данного документа. Необходимо уделить внимание рассмотрению вопросов и заданий, включенных в оценочные задания, при необходимости, решить аналогичные задачи с объяснением алгоритма решения.

Следует обратить внимание обучающихся на то, что для успешной подготовки к текущему контролю успеваемости и промежуточной аттестации нужно изучить материалы основной и дополнительной литературы, список которых приведен в разделе 7 данной рабочей программы дисциплины (модуля) и иные источники, рекомендованные в подразделах «Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» и «Перечень профессиональных баз данных и информационных справочных систем», необходимых для изучения дисциплины (модуля).

Текущий контроль успеваемости и промежуточная аттестация осуществляются в соответствии с Положением о проведении текущего контроля успеваемости и организации и проведения промежуточной аттестации обучающихся, устанавливающим формы проведения промежуточной аттестации, ее периодичность и систему оценок, с которыми необходимо ознакомить обучающихся на первом занятии.

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА»**

Специальность:

31.08.07 Патологическая анатомия

Уровень высшего образования:

подготовка кадров высшей квалификации

1. Перечень компетенций, формируемых в процессе освоения программы дисциплины

Код и наименование компетенции, индикатора достижения компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине	
ОПК-5. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу		
ОПК-5.1 Определяет объем медицинской экспертизы	Знать:	- особенности участия в уголовном, гражданском, административном судопроизводстве и следственных действиях в порядке, определенном законодательством РФ; - нормативные правовые акты и методические документы, регламентирующие производство судебно-медицинской экспертизы по материалам дела; - порядок организации и производства судебно-медицинских экспертиз; -порядок взятия, упаковки, направления, транспортировки, хранения вещественных доказательств и объектов биологического и иного происхождения, предоставляемых на лабораторные и инструментальные экспертные исследования
	Уметь:	- определять пригодность вещественных доказательств и объектов биологического и иного происхождения для проведения лабораторного и инструментального экспертного исследования; - анализировать и интерпретировать полученные результаты дополнительных инструментальных и (или) лабораторных исследований
	Владеть:	-навыками забора и направления объектов для дополнительных инструментальных и (или) лабораторных исследований в установленном порядке
ОПК-5.2 Ведет подготовку медицинской документации для осуществления медицинской экспертизы	Знать:	-основные ведомственные документы, регламентирующие деятельность судебно-медицинской службы в РФ; - основные критерии качества оказания медицинской помощи; основные положения законодательства в отношении профессионально-должностных правонарушений медицинских работников
	Уметь:	- сопоставлять данные медицинских документов с предлагаемыми протоколами, стандартами и порядками;

		- дать заключение о причине смерти и сформулировать морфологический диагноз; протоколировать результаты вскрытия, заполнять медицинское свидетельство о смерти
	Владеть:	- навыками формулировки и обоснования экспертных выводов в соответствии с требованиями процессуального законодательства РФ и нормативных правовых документов в сфере государственной судебно-экспертной деятельности
ОПК-5.3 Проводит медицинскую экспертизу	Знать:	- классификации, морфологические проявления и механизмы образования повреждений от действия различных внешних повреждающих факторов; - особенности производства судебно-медицинской экспертизы при действии различных факторов внешней среды
	Уметь:	- выявлять и оценивать морфологические признаки повреждений при действии факторов внешней среды и заболеваний; - устанавливать давность образования повреждений; - выявлять признаки самоповреждения и устанавливать болезненное состояние, вызванное искусственным путем
	Владеть:	- навыками описания патоморфологических изменений при действии различных повреждающих факторов; - принципами судебно-медицинской оценки повреждений, причинённых различными видами повреждающих факторов

2. Общие критерии оценивания компетенций

Показатель	Уровень			
	Подпороговый (неудовлетворительный)	Пороговый (удовлетворительный)	Достаточный (хороший)	Высокий (отличный)
Знание	Отсутствие знаний, фрагментарные знания	Наличие знаний, но знания не структурированные, иногда отсутствует применения знаний в ситуации, моделирующей профессиональную задачу, проблему	Знания полные, систематизированы, наблюдается применения знаний в ситуации, моделирующей профессиональную задачу, проблему	Знания полные, систематизированы, наблюдается творческое применения знаний из разных дисциплин в модели ситуации

Умение	Отсутствие умений, частично освоенное умение	В целом безошибочное	Безошибочное, но наблюдаются затруднения в ходе выполнения	Безошибочное, выполняется в заданном темпе
Владение практическими навыками	Отсутствие навыка / фрагментарное применение навыков	Имеется, но качество результата не всегда воспроизводится	Имеется, требуемое качество результата воспроизводится, но широко варьирует	Имеется, требуемое качество результата воспроизводится

ОПИСАНИЕ ШКАЛ КРИТЕРИЕВ И ПРОЦЕДУРЫ ОЦЕНИВАНИЯ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Вид оценочного средства: контрольные вопросы по темам/разделам дисциплины

Критерии оценивания. полнота и точность воспроизведения информации, последовательность и логичность изложения, понимание причинно-следственных связей, синтез

Характеристика ответа	Оценка (шкала)	
	балльная	традиционная
Объем информации, предусмотренный программой (полный), формулировки понятий точные, изложение последовательное и логичное, демонстрирует понимание причинно-следственных связей, аргументирует собственные выводы и суждения на основе междисциплинарных знаний	90-100	отлично
Объем информации, предусмотренный программой, с упущением малозначимых элементов, формулировки понятий точные, не во всем ответе последовательное и логичное изложение, демонстрирует понимание причинно-следственных связей	80-89	хорошо
Объем информации не полный, формулировки части понятий точные, изложение последовательное и логичное, демонстрирует понимание причинно-следственных связей	70-79	удовлетворительно
Отдельные элементы информации предусмотренные программой, формулировки понятий неточные, изложение не последовательное и нелогичное, не демонстрирует понимания причинно-следственных связей	< 70	неудовлетворительно

Процедура оценивания: индивидуальное собеседование (перечень вопросов, обучающийся ознакомлен с вопросом в установленный срок до собеседования, время подготовки ответа не более 30 минут); преподаватель выслушивает ответ обучающегося на вопрос, возможны дополнительные и уточняющие вопросы, преподаватель выставляет оценку на основе своего мнения.

Вид оценочного средства: ситуационные задачи по темам/разделам дисциплины

Критерии оценивания: соответствие ответа на задачу эталону

Критерий	Оценка (шкала)	
	балльная	традиционная
Решение правильное и полное, ответы на все элементы задачи соответствуют эталону	90-100	отлично
Решение правильное, в ответах на отдельные элементы есть неточности	80-89	хорошо
Правильные ответы даны на большую часть элементов задачи	70-79	удовлетворительно

Отсутствуют правильные ответы на большую часть элементов задачи	< 70	неудовлетворительно
---	------	---------------------

Процедура оценивания: индивидуальное собеседование (вопросы сформулированы по отдельным элементам задачи, обучающийся ознакомлен с аналогичной задачей в установленный срок до собеседования, время подготовки ответа не более 30 минут); преподаватель выслушивает устный ответ обучающегося на вопросы по отдельным элементам задачи, возможны дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя.

Вид оценочного средства: фонд тестовых заданий

Критерии оценивания: соответствие ответа на тестовое задание эталону

Характеристика выполнения теста	Оценка (шкала)	
	балльная	традиционная
Ответы на 90-100% тестовых заданий соответствуют эталону	90-100	отлично
Ответы на 70-89% тестовых заданий соответствуют эталону	80-89	хорошо
Ответы на 50-69% тестовых заданий соответствуют эталону	70-79	удовлетворительно
Ответы менее чем на 50% тестовых заданий соответствуют эталону	< 70	неудовлетворительно

Процедура оценивания: Тестирование; время выполнения тестового задания не более 1 минуты, тестовое задание считается выполненным только при правильном выборе (вводе) всех (одного или нескольких) ответов, предполагаемых тестовым заданием.

Вид оценочного средства: задания для оценки практических навыков

Уровни усвоения:

I – имеет представление, умеет объяснить манипуляцию, профессионально ориентирован, знает показания к ее проведению;

II – участие в выполнении манипуляции (исследовании, процедуре);

III – выполнение манипуляции под контролем преподавателя (медицинского персонала);

IV – самостоятельное выполнение манипуляции.

Критерии оценки приема практических умений и навыков:

Характеристика выполнения теста	Оценка (шкала)	
	балльная	традиционная
ординатор обладает системными теоретическими знаниями (знает методику выполнения практических навыков, нормативы и т.д.), без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений	90-100	отлично
ординатор обладает теоретическими знаниями (знает методику выполнения практических навыков, нормативы и т.д.), самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности, которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет	80-89	хорошо
ординатор обладает удовлетворительными теоретическими знаниями (знает основные положения методики выполнения практических навыков, нормативы и т.д.), демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем	70-79	удовлетворительно

ординатор не обладает достаточным уровнем теоретических знаний (не знает методики выполнения практических навыков, нормативы и т.д.) и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки	< 70	неудовлетворительно
--	------	---------------------

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ПО РАЗДЕЛАМ ДИСЦИПЛИНЫ

Оценочные средства к разделу

Раздел 1. Процессуальные и организационные основы судебно-медицинской экспертизы.

Методы исследования в судебной медицине

Вид оценочного средства: фонд тестовых заданий к разделу 1 «Процессуальные и организационные основы судебно-медицинской экспертизы. Методы исследования в судебной медицине»

№	Вопрос	Варианты ответов	Эталон
1.	В структуру областного бюро судебно-медицинской экспертизы входят следующие подразделения:	1. отдел судебно-медицинской экспертизы трупов 2. судебно-медицинская лаборатория 3. отдел эпидемиологического контроля 4. отдел сложных (комиссионных) экспертиз 5. отдел по связям с правоохранительными органами	1, 2, 4
2.	В бюро судебно-медицинской экспертизы предусмотрены:	1. отдел судебно-медицинской экспертизы трупов 2. отдел экспертизы потерпевших, обвиняемых и других лиц 3. судебно-медицинская лаборатория 4. судебно-психиатрический отдел	1, 2, 3
3.	Какое из перечисленных ниже структурных подразделений БСМЭ не предусмотрено нормативными документами?	1. отдел судебно-медицинской экспертизы потерпевших, обвиняемых и других лиц 2. судебно-биологическое отделение 3. отдел судебно-медицинской экспертизы трупов 4. отделение судебно-гистологических исследований 5. районные, межрайонные и городские отделения	4
4.	Кем может выполняться судебно-медицинская экспертиза?	1. сотрудниками областного бюро медико-социальной экспертизы 2. сотрудниками кафедры судебной медицины 3. сотрудниками кафедры криминалистики и уголовного права 4. сотрудниками бюро судебно-медицинской экспертизы	2, 4
5.	В связи с заявлением родственников следователь возбудил уголовное дело по факту смерти больного во время хирургического вмешательства. Необходимо установить причинно-следственную связь между смертельным исходом и качеством диагностики и лечения. Какое из медицинских учреждений имеет право произвести такую экспертизу?	1. Министерство здравоохранения области 2. областная клиническая больница 3. областное бюро судебно-медицинской экспертизы 4. областное патологоанатомическое бюро	3
6.	Объектами судебно-медицинской экспертизы являются:	1. трупы, живые лица, вещественные доказательства, материалы следственных и	1

		судебных дел 2. трупы, живые лица, следы биологического происхождения, документы медицинского страхования 3. трупы, вещественные доказательства, результаты лабораторных исследований, живые лица	
7.	Для производства судебно-медицинской экспертизы необходимыми являются следующие документы:	1. исковое заявление 2. история болезни или амбулаторная карта 3. выписка из истории болезни или амбулаторной карты 4. лист временной утраты трудоспособности 5. справка из милиции об обстоятельствах получения травмы	2
8.	Судебно-медицинская экспертиза может быть:	1. первичная 2. повторная 3. дополнительная 4. процессуальная	1, 2, 3
9.	Основанием для производства судебно-медицинской экспертизы является:	1. определение судов различных инстанций 2. поручение руководителей органов здравоохранения 3. указание исполнительных органов власти 4. письменная просьба адвокатов 5. заявление потерпевшего	1
10.	Судебно-медицинская экспертиза по материалам следственных дел может быть:	1. первичной 2. дополнительной 3. повторной 4. единоличной 5. комиссионной	1, 2, 3, 4, 5
11.	Судебная экспертиза считается назначенной со дня:	1. поступления постановления или определения о назначении экспертизы в государственное судебно-экспертное учреждение 2. с момента совершения преступления 3. со дня вынесения соответствующего определения или постановления 4. с момента получения постановления или определения экспертом	3
12.	Сроки производства экспертизы исчисляются со дня:	1. вынесения постановления или определения о назначении экспертизы 2. исследования трупа или освидетельствования живого лица 3. поступления в ГСЭУ постановления или определения о назначении экспертизы и прилагаемых к нему объектов и материалов 4. поступления в ГСЭУ постановления или определения о назначении экспертизы без прилагаемых к нему объектов и материалов 5. устного извещения сотрудниками следствия, дознания, суда о назначении экспертизы	3
13.	Срок окончания экспертизы определяются:	1. днем окончания оформления экспертного заключения и его подписания исполнителем (исполнителями) 2. днем выдачи документа сотрудникам следствия (суда) 3. днем получения результатов лабораторных	1

		методов исследования 4. днем принятия решения следствием или судом по уголовному (гражданскому) делу	
14.	Сохранность материалов и объектов экспертизы после их получения экспертом в работу обеспечивает:	1. руководитель учреждения 2. заведующий отделом или отделением 3. лаборант 4. эксперт 5. ответственность лежит на всех вышеперечисленных лицах в равной степени	4
15.	Профессиональная деятельность судебно-медицинского эксперта регламентирована соответствующими статьями УК и УПК РФ. Какие (какое) из перечисленных ниже прав выходят за пределы указанных статей?	1. знакомиться с материалами дела, относящимися к предмету экспертизы 2. производить допросы по вопросам, относящимся к предмету экспертизы 3. заявлять ходатайства о предоставлении дополнительных материалов	2
16.	Виды ответственности судебно-медицинского эксперта за отказ или уклонение от выполнения своих обязанностей:	1. дисциплинарная 2. административная 3. уголовная	2
17.	Какое из перечисленных действий судебно-медицинского эксперта подпадает под ответственность, предусмотренную статьей УК?	1. заведомо ложное заключение эксперта 2. отказ эксперта от дачи заключения 3. уклонение эксперта от дачи заключения	1
18.	К разряду обязательных судебных экспертиз относятся:	1. судебно-медицинская 2. судебно-психиатрическая 3. судебно-автотехническая 4. судебно-фонографическая	1, 2
19.	Какие (какая) из перечисленных ниже задач в деятельности бюро судебно-медицинской экспертизы не предусмотрена нормативными документами?	1. судебно-медицинская экспертиза и исследование трупов 2. судебно-медицинская экспертиза качества оказания медицинской помощи населению 3. судебно-медицинская экспертиза и освидетельствование потерпевших, обвиняемых и других лиц 4. судебно-медицинская экспертиза вещественных доказательств 5. судебно-медицинская экспертиза по материалам уголовных и гражданских дел	2
20.	Уголовно-процессуальный кодекс РФ предусматривает участие врача в следственных действиях:	1. в следственном эксперименте для уточнения механизма образования повреждений 2. при обыске и выемке вещественных доказательств для выявления следов биологического происхождения 3. при освидетельствовании обвиняемого, подозреваемого, потерпевшего для установления следов преступления 4. при получении образцов биологического происхождения для сравнительного исследования 5. при задержании подозреваемого для установления состояния его здоровья	1, 2, 3, 4
21.	После изучения заключения эксперта по факту смерти гр-на Н., 48 лет, в условиях неочевидности у следователя возникли сомнения в правильности вывода судебно-	1. назначит дополнительную экспертизу 2. назначит повторную экспертизу 3. допросит эксперта	2

	медицинского эксперта о причине смерти покойного. В данном случае следователь:		
22.	В случае возникновения разногласий среди членов судебно-медицинской экспертной комиссии предусматривается оформление:	1. подписываемого всеми членами комиссии заключения с изложением всех точек зрения членов комиссии 2. подписываемого всеми членами комиссии заключения, отражающего мнение большинства членов комиссии 3. подписываемого всеми членами комиссии заключения только по согласованным позициям 4. заключений каждым экспертом отдельно	4
23.	Если судебная экспертиза живого лица производится в добровольном порядке, в государственное судебно-экспертное учреждение должно быть представлено:	1. медицинское заключение о дееспособности лица, в отношении которого проводится экспертиза 2. письменное согласие лица подвергнуться судебной экспертизе 3. справка о состоянии здоровья 4. справка из паспортного стола с отметкой о прописке 5. справка с последнего места работы и справка из паспортного стола с отметкой о прописке	2
24.	При производстве экспертизы в отношении живых лиц разрешается:	1. применение насилия, угроз 2. испытание новых лекарственных средств 3. проведение биомедицинских экспериментальных исследований 4. выяснение сведений в ходе проведения экспертизы о наличии венерических заболеваний 5. запрос медицинских документов без согласия лица, назначившего экспертизу	4
25.	Судебная экспертиза в отношении живых лиц может производиться:	1. только в медицинском учреждении 2. в любом учреждении, кроме медицинского 3. только в судебном заседании в здании суда 4. в медицинском или ином учреждении, а также другом месте, где имеются условия для проведения экспертизы 5. законодательно место проведения указанного вида экспертизы не определено	4
26.	Доставка в медицинское или иное учреждение лица, направленного на судебную экспертизу, обеспечивается:	1. органом или лицом, назначившим экспертизу 2. только органами следствия 3. только органами следствия и дознания 4. органами следствия, суда или адвокатом 5. скорой медицинской помощью	1
27.	При производстве комиссионной экспертизы в случае разногласий между экспертами эксперт, который не согласен с другими, дает:	1. отдельное мнение специалиста 2. заявляет ходатайство о допросе себя в качестве специалиста 3. дает отдельное заключение 4. заявляет ходатайство об отводе 5. отказывается в устной форме от подписи в составе комиссии	3
28.	Участие нескольких экспертов (комиссии) является обязательным при проведении:	1. первичных экспертиз трупа 2. дополнительных экспертиз потерпевшего 3. экспертиз определения стойкой утраты общей трудоспособности 4. экспертиз качества оказания медицинской помощи	4

		5. экспертиз потерпевшей при изнасиловании	
29.	При проведении экспертизы судебно-медицинский эксперт оформляет следующие виды документов:	1. протокол изъятия одежды от трупа 2. заключение эксперта 3. справку с предварительными результатами экспертизы 4. медицинское свидетельство о смерти 5. выписку с результатами лабораторных исследований	2, 4
30.	Структура «Заключения эксперта» предусматривает наличие следующих разделов:	1. медицинского свидетельства о смерти 2. исследовательской части 3. экспертных выводов 4. заключения о причине смерти 5. ответов на запросы следователя	2, 3
31.	Форма изложения выводов эксперта может быть:	1. в виде утверждения 2. в виде предположения 3. в виде отрицания 4. в виде отказа от ответа	1, 2, 3, 4
32.	Прерогатива оценки заключения эксперта принадлежит:	1. прокурору 2. адвокату 3. следователю 4. суду	4
33.	Согласно УПК РФ, проведение судебно-медицинской экспертизы обязательно:	1. для установления причины смерти и характера повреждений 2. для определения психического состояния подозреваемого 3. для определения психического состояния свидетеля, потерпевшего 4. для установления возраста подозреваемого, потерпевшего	1, 4
34.	Обязан ли следователь присутствовать при производстве экспертизы:	1. обязан 2. не обязан 3. не обязан, но имеет право 4. в отдельных случаях	3
35.	Основаниями для отвода эксперта в соответствии со ст.ст. 61, 70 УПК РФ являются следующие обстоятельства:	1. эксперт является свидетелем по делу 2. эксперт является родственником следователя 3. обнаруживается некомпетентность эксперта 4. эксперт находится в подчинении потерпевшего	1, 2, 3, 4
36.	Присутствие участников процесса при составлении экспертами заключения, на стадии совещания экспертов и формулировки выводов:	1. не допускается 2. допускается 3. обязательно 4. возможно при заявлении ходатайства 5. обязательно по настоянию следователя	1
37.	Поводом для вызова эксперта в судебное заседание может служить:	1. краткость экспертного заключения 2. несогласие с экспертным заключением одной из сторон участников процесса 3. появление мнения специалиста, отличного от заключения эксперта 4. неясность участникам судебного процесса экспертного заключения 5. необходимость оценки состояния здоровья подсудимого	1, 2, 3, 4
38.	Судебно-медицинская экспертиза по материалам следственных дел назначается:	1. адвокатом 2. следователем 3. прокурором 4. начальником бюро СМЭ	2, 5

		5. судом	
39.	При проведении судебно-медицинской экспертизы по материалам уголовных дел группой экспертов ответственность за данное заключение несут:	1. каждый эксперт лично 2. председатель комиссии 3. все эксперты 4. каждый эксперт лично за свой раздел и вывод	1, 4
40.	К осмотру трупа на месте обнаружения в качестве специалиста могут быть привлечены:	1. хирург 2. терапевт 3. акушер-гинеколог 4. педиатр 5. судебно-медицинский эксперт	1, 2, 3, 4, 5
41.	В соответствии со ст. 196 УПК РФ проведение судебно-медицинской экспертизы выполняется для:	1. для установления причины смерти 2. для установления характера повреждений 3. для определения психического состояния свидетеля 4. для установления возраста подозреваемого	1, 2, 3
42.	Необходимость проведения судебно-медицинской экспертизы по материалам следственных дел может определяться:	1. неполнотой ранее проведенной экспертизы 2. сомнением в правильности выводов ранее проведенной экспертизы 3. не проведением необходимой первичной экспертизы 4. жалобами потерпевших или их родственников	1, 2, 3, 4
43.	Согласно статье 207 УПК повторная судебно-медицинская экспертиза назначается в следующих случаях:	1. при необоснованности заключения эксперта 2. по ходатайству подсудимого 3. при противоречии данных экспертизы фактическим обстоятельствам дела 4. при несогласии прокурора с заключением эксперта 5. при наличии жалоб на качество экспертизы от потерпевшей стороны	1, 3
44.	В случаях разногласия экспертов при производстве судебно-медицинской экспертизы по материалам уголовных дел законодательством РФ предусматривается оформление:	1. отдельного заключения 2. общего заключения 3. общего заключения по согласованным пунктам 4. отдельных заключений по несогласованным пунктам	1, 4
45.	Основными направлениями совместной работы судебно-медицинских учреждений с органами практического здравоохранения являются	1. проведение клинико-анатомических конференций 2. выявление острых инфекционных заболеваний 3. эпидемиологический анализ травматизма, отравлений, скоропостижной смерти 4. санитарно-просветительная работа среди больных	1, 2, 3
46.	Освидетельствованию может быть подвергнут:	1. подозреваемый 2. обвиняемый 3. потерпевший 4. свидетель	1, 2, 3, 4
47.	За несанкционированное разглашение данных предварительного следствия эксперт может быть подвергнут наказанию в виде:	1. исправительных работ 2. лишения свободы 3. штрафа 4. общественного порицания	1, 3
48.	Основанием для производства судебно-медицинской экспертизы является:	1. постановление органов следствия 2. направление лечебного учреждения 3. постановление органов дознания 4. предложение учреждения медицинского страхования.	1, 3

49.	Объектами судебно-медицинской экспертизы являются:	1. живые лица 2. трупы людей 3. вещественные доказательства биологического происхождения 4. медицинская документация	1, 2, 3, 4
50.	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	1, 2, 3
51.	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	1, 2, 3
52.	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.	1, 2, 3, 4
53.	Назначение судебно-медицинской экспертизы, согласно действующему УПК, является обязательным при необходимости установления:	1. причины смерти 2. тяжести вреда здоровью 3. физического состояния подозреваемого, обвиняемого, потерпевшего или свидетеля 4. возраста подозреваемого, обвиняемого или потерпевшего	1, 2, 3, 4
54.	Согласно действующему уголовно-процессуальному законодательству, эксперт обязан:	1. явиться по вызову лица, проводящего дознание или следствие, либо суда 2. присутствовать на любом 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	1, 3, 4
55.	В судебном следствии судебно-медицинский эксперт имеет право задавать вопросы:	1. потерпевшему 2. подсудимому 3. свидетелю 4. судье	1, 2, 3
56.	Профессиональная деятельность судебно-медицинского эксперта при производстве экспертизы регламентирована соответствующими статьями УК и УПК. Какие из перечисленных ниже прав эксперта выходят за рамки, определенные УПК?	1. знакомиться с материалами дела, относящимися к предмету экспертизы 2. производить допросы по вопросам, относящимся к предмету экспертизы 3. заявлять ходатайства о предоставлении материалов 4. разъяснять свое заключение в судебном заседании 5. давать пояснения в качестве свидетеля, будучи экспертом по данному делу	2, 5
57.	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	1, 3

		4. проводить следственные эксперименты	
58.	Производство дополнительной судебной экспертизы поручается:	1. тому же эксперту 2. другому эксперту 3. комиссии экспертов, в состав которой входит эксперт, производивший первичную экспертизу 4. комиссии экспертов, в состав которой не входит эксперт, производивший первичную экспертизу 5. комиссии экспертов другого учреждения	1, 2, 3, 4, 5
59.	Производство повторной судебной экспертизы поручается:	1. тому же эксперту 2. другому эксперту 3. комиссии экспертов, в состав которой входит эксперт, производивший первичную экспертизу 4. комиссии экспертов, в состав которой не входит эксперт, производивший первичную экспертизу 5. комиссии экспертов другого учреждения	4, 5
60.	Персональный состав судебно-медицинских экспертов для производства экспертизы может быть определен:	1. лицом, производящим дознание 2. следователем 3. судом 4. начальником бюро судебно-медицинской экспертизы 5. руководителем органа здравоохранения	1, 2, 3, 4
61.	Поступившие материалы и объекты исследования, иные процессуальные документы руководитель ГСЭУ передает эксперту:	1. в течение трех суток с момента их поступления 2. в течение рабочего дня 3. в первый рабочий день, следующий за выходным или праздничным, в случае их поступления в нерабочие дни 4. в течение двух-трех суток с момента их поступления 5. временной промежуток определяется произвольно 6. временной промежуток определяется руководителем учреждения	2, 3
62.	Федеральный закон № 73-ФЗ от 31.05.2001 г. «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» определяет правовую основу, принципы организации и основные направления судебно-медицинской экспертной деятельности:	1. в гражданском судопроизводстве 2. в уголовном судопроизводстве 3. в административном судопроизводстве 4. только в гражданском и уголовном судопроизводстве	1, 2, 3
63.	Принципы государственной судебно-экспертной деятельности, изложенные в Федеральном законе № 73-ФЗ от 31.05.2001 г. «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации»:	1. свободной состязательности в судебном заседании 2. законности 3. выбора способа доказательств 4. независимости эксперта 5. объективности 6. всесторонности и полноты исследований, проводимых с использованием достижений науки и техники	2, 4, 5, 6
64.	Хранение трупа в морге осуществляется:	1. в холодильных камерах, в секционных и коридорах 2. в холодильных камерах при температуре +2° 3. в холодильных камерах при температуре +2-5°	2

		4. в холодильных камерах и секционных при температуре не выше +20° 5. в холодильных камерах и коридорах при температуре не выше +10°	
65.	В соответствии с Приказом №346н от 12 мая 2010 г. направление крови на судебно-химическое исследование для определения этанола у взрослых лиц, скончавшихся в стационаре, производится при длительности нахождения в стационаре:	1. до 36 часов включительно 2. до двух суток 3. до трех суток 4. до 24 часов включительно	1
66.	При утоплении для исследования на диатомовый планктон для проведения лабораторных исследований направляется:	1. не вскрытая почка 2. не вскрытая почка либо костный мозг бедренной или плечевой костей 3. жидкость из пазухи основной кости, не вскрытая почка 4. жидкость из пазухи основной кости, не вскрытая почка либо костный мозг бедренной или плечевой костей 5. костный мозг бедренной или плечевой костей	4
67.	Метод окраски срезов для судебно-гистологической экспертизы с целью выявления солей окиси железа:	1. по Зербино 2. по Перлсу 3. по Вейгерту 4. по Рего 5. по Шабдашу 6. по Лепене 7. по Нисслю	2
68.	Метод окраски для выявления гемоглобинурийных пигментов в срезах при судебно-гистологической экспертизе:	1. по Ван-Гизону 2. по Перлсу 3. по Вейгерту 4. по Рего 5. по Бесту 6. по Лепене 7. по Нисслю	6
69.	Срок хранения в архиве гистологических препаратов – микропрепаратов, блоков внутренних органов и тканей (в парафиновой заливке), если иные сроки не определены назначившим экспертизу:	1. 1 год 2. 2 года 3. 3 года 4. 3-4 года 5. 3-5 лет	3
70.	Срок хранения влажного архива кусочков внутренних органов, если иные сроки не определены назначившим экспертизу:	1. 1 год 2. 2 года 3. 3 года 4. 3-4 года 5. 3-5 лет	1
71.	«Сетчатая гиперемия» при травматическом шоке характерна для:	1. почки 2. селезенки 3. печени 4. миокарда	1
72.	Микроскопическая картина ожога кожи 2 степени в первые часы выглядит следующим образом:	1. волокнистая структура дермы сохранена 2. имеются разрыхление и серозный отек дермы 3. коллагеновые волокна дермы резко утолщены 4. метакромазия коллагеновых волокон дермы	1
73.	Наличие в канальцах почек кристаллов щавелевокислого кальция характерно для отравления:	1. дихлорэтаном 2. тетраэтилсвинцом 3. уксусной кислотой 4. этиленгликолем	4
74.	Стадия истощения при стрессовой реакции у человека проявляется:	1. сосудистыми нарушениями в гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системе 2. признаками повышения секреторной активности 3. множественными дистрофиями и некрозами	3

		клеток гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы 4. множественными митозами в клетках гипоталамо-гипофизарно- надпочечниковой системы 5. отеком клеток гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы	
75.	Обнаружение эритроцитов в синусах регионарных лимфатических узлов:	1. является признаком прижизненности повреждения 2. не является признаком прижизненности повреждения 3. не позволяет судить о прижизненности или посмертности повреждения	1
76.	При пролиферативном воспалении изменения в тканях проявляются:	1. гиперемией и стазом 2. лейкоцитарной инфильтрацией тканей 3. некрозами тканей 4. образованием молодой соединительной ткани 5. размножением клеток поврежденной ткани	4
77.	Метод окраски срезов для судебно-гистологической экспертизы с целью выявления «повреждений» кардиомиоцитов:	1. по Ван-Гизону 2. по Перлсу 3. по Харту 4. по Рего 5. по Ли 6. по Бесту 7. реактивом Шиффа	4, 5
78.	Метод окраски срезов на соединительную ткань для судебно-гистологической экспертизы:	1. по Ван-Гизону 2. по Перлсу 3. по Вейгерту 4. по Маллори 5. по Шабдашу 6. по Лепене 7. по Зербино	1, 4, 5
79.	Метод окраски срезов на эластические волокна для судебно- гистологической экспертизы:	1. по Зербино 2. по Харту 3. по Вейгерту 4. по Ли 5. реактивом Шиффа 6. по Бесту 7. по Нисслю	2, 3
80.	Метод окраски срезов на гликоген при судебно-гистологической экспертизе:	1. по Шабдашу 2. по Вейгерту 3. по Харту 4. по Рего 5. по Бесту 6. по Лепене 7. реактивом Шиффа	1, 5, 7
81.	Метод окраски нервной ткани в срезах при судебно-гистологической экспертизе:	1. по Зербино 2. по Перлсу 3. по Вейгерту 4. по Маллори 5. реактивом Шиффа 6. по Харту 7. по Нисслю	5, 7
82.	Признаки прижизненности и давности повреждений, определяемые при гистологическом исследовании:	1. постоянны вне зависимости от локализации 2. зависят от локализации повреждения	2
83.	Признаки пролиферации в тканях (по В.Л. Белянину) при повреждении появляются на	1. 1 сутки 2. 3 сутки 3. 4-5 сутки 4. 7 сутки	2
84.	В зоне повреждения гемосидерин (по В.Л. Белянину) в клетках при окраске по Персу обнаруживается на	1. 1-2 сутки 2. 3-4 сутки 3. 5-6 сутки 4. 7 сутки	2
85.	В зоне повреждения гемосидерин внеклеточно (по В.Л. Белянину) при окраске по Персу обнаруживается на	1. 1-2 сутки 2. 4 сутки 3. 5 сутки 4. 7 сутки	4
86.	После причинения повреждения скопления макрофагов (по В.Л.	1. 1-2 часа 2. 2-3 часа	5

	Белянину) в зоне травмы можно обнаружить через	3. 3-4 часа 4. 4-5 часа 5. 18-24 часа	
87.	После причинения повреждения головного мозга кольцевидные кровоизлияния (по К.А.Бугаев, А.Е.Сафрай) можно обнаружить через	1. 1-2 часа 2. 2-3 часа 3. 3-4 часа 4. 4-5 часа 5. 8-18 часов	5
88.	После причинения повреждения головного мозга некроз сосудов (по К.А.Бугаев, А.Е. Сафрай) можно обнаружить через	1. 1-2 часа 2. 3 часа 3. 4 часа 4. 4-6 часов 5. 8-18 часов	4
89.	Для определения уровня жировой эмболии в легких может быть использован краситель	1. гематоксилин+эозин 2. по Ван-Гизон 3. по Перлсу 4. по Рего 5. Судан III	5
90.	Окраска, применяемая для обнаружения продуктов распада гемоглобина в гнилостно измененных тканях	1. гематоксилин+эозин 2. по Данн-Томпсон 3. по Перлсу 4. по Рего 5. Судан III	2
91.	Для морфологической диагностики жировой эмболии кусочки легких следует брать из:	1. подплевральных отделов 2. прикорневых зон 3. поверхностных и глубоких отделов	3
92.	При окраске нильским голубым (по Лилли) нейтральный жир окрашивается	1. в красный и розовый цвет 2. в желтый цвет 3. в черный цвет 4. в зеленый цвет	1
93.	При окраске Суданом III жир окрашивается	1. в розовый цвет 2. в оранжевый цвет 3. в черный цвет 4. в зеленый цвет	2
94.	Методы приготовления гистологических срезов для окраски на жир:	1. заливка в парафин, целлоидин 2. на замораживающем микротоме 3. заливка в желатин 4. верно все	2, 3
95.	При определении степени жировой эмболии легких по методике В.И. Адкина	1. определяется количество жировых эмболов в одном поле зрения 2. определяется количество жировых эмболов в 10 полях зрения 3. определяется количество жировых эмболов в 5 полях зрения 4. определяется количество жировых эмболов в 7 полях зрения	2
96.	По методике В.И. Адкина жировая эмболия легких слабой степени устанавливается при наличии	1. менее 5 жировых эмболов 2. 5-10 жировых эмболов 3. 11-30 жировых эмболов 4. 31-100 жировых эмболов 5. 101 -200 жировых эмболов 6. более 200 жировых эмболов	2
97.	По методике В.И. Адкина жировая эмболия легких очень слабой степени устанавливается при наличии	1. менее 5 жировых эмболов 2. 5-10 жировых эмболов 3. 11-30 жировых эмболов	1

		4. 31-100 жировых эмболов 5. 101 -200 жировых эмболов 6. более 200 жировых эмболов	
98.	По методике В.И. Адкина жировая эмболия легких умеренной степени устанавливается при наличии	1. менее 5 жировых эмболов 2. 5-10 жировых эмболов 3. 11-30 жировых эмболов 4. 31-100 жировых эмболов 5. 101 -200 жировых эмболов 6. более 200 жировых эмболов	4
99.	По методике В.И. Адкина жировая эмболия легких сильной степени устанавливается при наличии	1. менее 5 жировых эмболов 2. 5-10 жировых эмболов 3. 11-30 жировых эмболов 4. 31-100 жировых эмболов 5. 101 -200 жировых эмболов 6. более 200 жировых эмболов	5
100.	По методике В.И. Адкина жировая эмболия легких очень сильной степени устанавливается при наличии	1. менее 5 жировых эмболов 2. 5-10 жировых эмболов 3. 11-30 жировых эмболов 4. 31-100 жировых эмболов 5. 101 -200 жировых эмболов 6. более 200 жировых эмболов	6
101.	Гистологическое исследование в случаях ожогов проводится для:	1. подтверждения диагноза 2. уточнения степени ожога 3. дифференциальной диагностики ожоговых и гнилостных пузырей 4. верно все	1, 2
102.	К микроскопическим изменениям в области электрометки относятся:	1. вспучивание рогового слоя эпидермиса 2. гиперемия и мелкие тромбозы по периферии очага 3. сглаживание гребешковых выступов эпидермиса 4. вытягивание ядер и тел клеток по направлению силовых линий тока в виде фигур «щеток», и «рыбьих хвостов»	1, 3, 4
103.	Микроскопические изменения, обнаруживаемые в легких живорожденного младенца:	1. большинство альвеол расправлены 2. первичный ателектаз 3. уплощение альвеоцитов 4. альвеоциты округлой, полигональной формы 5. тонкие межальвеолярные перегородки 6. рыхлые межальвеолярные перегородки 7. капилляры межальвеолярных перегородок кровенаполнены 8. капилляры межальвеолярных перегородок пусты или содержат единичные эритроциты 9. гиалиновые мембраны	1, 3, 5, 7, 9
104.	Микроскопические изменения в легких мертворожденного младенца:	1. большинство альвеол расправлены 2. первичный ателектаз 3. уплощение альвеоцитов 4. альвеоциты округлой, полигональной формы 5. тонкие межальвеолярные перегородки 6. рыхлые межальвеолярные перегородки 7. капилляры межальвеолярных перегородок кровенаполнены 8. капилляры межальвеолярных перегородок пусты или содержат единичные эритроциты	2, 4, 6, 8

105.	Микроскопические изменения в препарате пуповины живорожденного младенца:	1. спазм сосудов 2. расправленные просветы сосудов 3. лейкоцитоз и миграция лейкоцитов из сосудов с образованием демаркационного вала 4. единичные лейкоциты в сосудах без явлений миграции лимфоцитов	1, 3
106.	Микроскопические изменения в препарате пуповины мертворожденного младенца:	1. спазм сосудов 2. расправленные просветы сосудов 3. лейкоцитоз и миграция лейкоцитов из сосудов с образованием демаркационного вала 4. единичные лейкоциты в сосудах без явлений миграции лимфоцитов	2, 4
107.	Задачами гистологического исследования объектов судебно-медицинской экспертизы являются:	1. установление давности и прижизненности образования повреждений 2. определение механизма возникновения повреждений 3. подтверждение диагноза 4. определение травмирующего орудия 5. верно все	1, 3
108.	Какие методы используются для исследования биологических вещественных доказательств?	1. эмиссионный спектральный анализ; 2. микрокристаллическая реакция (проба Флоранса), генотипоскопия; 3. метод дератизации, газожидкостная хроматография; 4. окраска по Цилю-Нильсену, окраска по Ван-Гизону.	1, 2
109.	Для определения коэффициента травматического шока по методике Р.И. Вазиной используются критерии:	1. отек легких 2. наличие сладжей и (или) тромбов в сосудах сердца 3. присутствие жировых эмболов сосудах легких 4. увеличение количества лейкоцитов сосудах печени 5. увеличение количества мегакариоцитов в сосудах легкого 6. компактное расположение кардиомиоцитов	1, 3, 5
110.	При исследовании странгуляционной борозды пергаментной плотности при повешении в препарате кожи обнаруживается:	1. уплощенные слои эпидермиса 2. вспучивание рогового слоя эпидермиса 3. ядра клеток эпидермиса уплощенные, штрихообразные, расположены параллельно поверхности кожи; 4. незначительные изменения эпидермиса в виде некоторого уплощения ядер клеток 5. гомогенизация, базофилия и компактное расположение волокон дермы;	1, 3, 5
111.	Кто назначает экспертизу вещественных доказательств?	1. государственный судебно-медицинский эксперт 2. врач скорой медицинской помощи 3. судебно-следственные органы	3
112.	Кто описывает, изымает и упаковывает на месте происшествия вещественные доказательства?	1. кинолог 2. государственный судебно-медицинский эксперт 3. участковый, оперуполномоченный 4. следователь	4
113.	Любая вещь, предмет, вещество, которые в соответствии с	1. объектом исследования; 2. криминалистическим показателем;	3

	процессуальным законом - условиями является доказательством по делу, называют:	3. вещественным доказательством; 4. следственные данные.	
114.	Какие вещественные доказательства исследуют в судебно-медицинских лабораториях?	1. яды и вещества, подозрительные на яды; 2. части, отделения и выделения человеческого и животного организма; 3. любой предмет, обнаруженный на месте происшествия.	2
115.	Наиболее часто вещественные доказательства биологического происхождения исследуются:	1. на месте происшествия; 2. в помещении морга; 3. в судебно-биологическом отделении бюро судмедэкспертизы; 4. в криминалистической лаборатории; 5. в суде.	3
116.	Что из ниже перечисленных, относится к вещественным доказательствам биологического происхождения?	1. одежда со следами крови; 2. оружие со следами крови; 3. сперма, волосы, кровь.	3
117.	В лабораторию какого отделения необходимо направлять орудия преступления, для установления следов крови:	1. судебно-химическое; 2. судебно-гистологическое; 3. судебно-биологическое; 4. медико-криминалистическое.	3
118.	Сроки проведения экспертизы вещественных доказательств исчисляются с момента:	1. поступление доказательств в бюро СМЭ от правоохранительных органов; 2. поступление доказательств в судебно-биологическое отделение лаборатории; 3. получение доказательств экспертом от заведующего судебно-биологическим отделением лаборатории; 4. начала проведения экспертизы экспертом.	1
119.	Задачей врача-эксперта как специалиста на месте происшествия является:	1. установить группу крови; 2. изъять и доставить вещественные доказательства; 3. участие в обнаружении вещественных доказательств биологического происхождения; 4. фотографирование вещественного доказательства; 5. составление протокола изъятия вещественного доказательства.	3
120.	Вещественные доказательства биологического происхождения направляют в биологическую лабораторию:	1. в сухом, опечатанном виде, вместе с постановлением о назначении экспертизы; 2. в том виде как они были обнаружены на месте происшествия, в полиэтиленовой упаковке; 3. в мягкой упаковке, вместе с копией протокола изъятия вещественного доказательства.	1
121.	При описании следов, напоминающих кровь, на представленных вещественных доказательствах, отмечают:	1. время суток; 2. локализацию; 3. размеры; 4. цвет; 5. форму.	2, 3, 4, 5
122.	Высушивание вещественных доказательств биологического происхождения необходимо производить:	1. вдали от прямого действия солнечных лучей; 2. под инфракрасной лампой; 3. на солнце; 4. на обогревательном приборе;	5

		5. вдали от источников тепла.	
123.	Какие виды следов крови бывают:	1. капли, брызги, лужи; 2. затеки, натеки; 3. пятна, круги, помарки.	1
124.	Элементарные следы, образуемые каплей крови после получения дополнительной кинетической энергии:	1. потек; 2. следы от брызг; 3. отпечаток; 4. лужа.	2
125.	По какому критерию можно определить количество излившейся крови?	1. размеру пятна крови; 2. по степени пропитывания кровью почвы; 3. по массе сухого остатка крови; 4. по степени пропитывания кровью одежды на трупе.	3
126.	Потеки крови образуются в случае:	1. отпечатков окровавленных предметов; 2. стекания по наклонной плоскости; 3. отвесного падения капель крови; 4. при падении крови под углом.	2
127.	При исследовании пятен, подозрительных на кровь в лаборатории используют:	1. предварительные пробы; 2. реакцию Видаля; 3. сравнительный анализ; 4. показания свидетелей; 5. доказательные пробы.	5
128.	Какие методы являются ориентировочными для исследования спермы?	1. в ультрафиолетовых лучах; 2. определение холина; 3. реакция с соком картофеля; 4. реакция Флоранса; 5. определение спермина.	1, 3
129.	Какие методы являются доказательными для установления наличия спермы:	1. цитологическое исследование (микроскопия); 2. определение холина; 3. морфологическое исследование; 4. определение спермина.	1
130.	Какие необходимо соблюдать условия при изъятии пятен крови на снегу, льду:	1. транспортировать в термосе; 2. собрать снег в колбу, чашку Петри; 3. исследовать на групповую принадлежность на месте обнаружения; 4. растаять снег на 4-6 слоев марли с последующим ее высушиванием на марле; 5. доставить растаявший в сосуде снег, лед с пятнами крови в лабораторию.	4
131.	Для выявления скрытых следов крови на месте происшествия используют:	1. вертикальное освещение; 2. микрокристаллические реакции; 3. пробу с перекисью водорода; 4. метод хроматографии; 5. пробу с люминолом.	3, 5
132.	Какие методы относятся к доказательным для обнаружения крови:	1. микрокристаллические реакции; 2. проба с бензидиновым реактивом, 3. проба с люминолом; 4. микроспектральное исследование, тонкослойная хроматография.	1, 4
133.	Какая реакция используется для определения видовой принадлежности крови?	1. седиментации; 2. реакции Видаля; 3. реакция преципитации Чистовича-Уленгута; 4. химического выявления антигена; 5. хроматографии.	3
134.	Групповую принадлежность крови в	1. абсорбции-элюции;	1, 2

	пятне по системе ABO (H) можно определить реакцией:	2. абсорбции-элюции в количественной модификации; 3. реакция Видаля; 4. преципитации в геле.	
135.	Экспертиза волос является экспертизой:	1. комплексной; 2. исключения; 3. тождества; 4. комиссионной; 5. сходства.	2, 5
136.	Чем отличается волос человека от волоса животного?	1. по виду их концов; 2. строением кутикулы и структурой сердцевинки; 3. стержнем; 4. длине.	2
137.	Признаки, наиболее характерные для выпавшего волоса?	1. наличие большой длины волоса; 2. сухость луковицы; 3. сморщенность луковицы; 4. луковица в виде колбы.	2, 3, 4
138.	Признаки, наиболее характерные для вырванного волоса?	1. скрученность волос; 2. сочность луковицы; 3. растянутый стержень волос; 4. обрыв влагалищных оболочек.	4
139.	Вещественные доказательства биологического происхождения в виде пятен желтовато-серого цвета, с извилистыми очертаниями, жестковатые на ощупь, имеющие корочки, по своему внешнему виду могут напоминать:	1. замытую кровь; 2. слизь; 3. сперму; 4. высохшую кровь.	3
140.	Из скольких областей головы необходимо предоставить волосы, для исследования?	1. двух областей; 2. трех областей; 3. четырех областей; 4. пяти областей.	4

Оценочные средства к разделам

2. Судебно-медицинская экспертиза трупа

3. Судебно-медицинская экспертиза потерпевших, подозреваемых и других лиц

Вид оценочного средства: фонд тестовых заданий к разделам 2-3

№	Оценочное средство		Эталон
	Вопрос	Варианты ответов	
1.	Осмотр места происшествия может быть всех видов, кроме:	1. дополнительным 2. первичным 3. повторным 4. комплексным	4
2.	Ход и результаты осмотра места происшествия отражаются в документе:	1. акте осмотра места происшествия 2. протоколе осмотра места происшествия 3. протоколе осмотра трупа на месте его обнаружения 4. акте осмотра трупа на месте его обнаружения	2
3.	Протокол осмотра места происшествия составляет:	1. судебно-медицинский эксперт 2. врач-специалист в области судебной медицины 3. следователь 4. следователь с врачом-экспертом	3
4.	В обязанности врача - специалиста в области судебной медицины при	1. установить факт наступления смерти 2. помочь следователю осмотреть труп и описать результаты в протоколе	4

	осмотре места происшествия входит все, кроме:	3. помочь следователю в обнаружении, фиксации и изъятии вещественных доказательств 4. составить протокол осмотра места происшествия	
5.	К ориентирующим признакам смерти относят все, кроме:	1. реакции зрачков на свет 2. сознания 3. пульса на крупных артериях 4. мидриаза	4
6.	Достоверными признаками биологической смерти являются все, кроме:	1. трупные пятна 2. отсутствие сознания 3. изменение форма зрачка при сдавливании глазного яблока 4. трупное окоченение	2
7.	Осмотр трупа на месте происшествия начинается с:	1. трупных изменений 2. места расположения и позы трупа 3. обнаружения и описания повреждений 4. ложа трупа	2
8.	Статическая стадия осмотра трупа включает:	1. фотографирование 2. осмотр повреждений на трупе 3. осмотр ложа трупа 4. исследование трупных изменений	1
9.	К ранним трупным изменениям относят все явления, кроме:	1. трупное окоченение 2. охлаждение трупа 3. аутолиз 4. гниение	4
10.	К поздним трупным изменениям относят все, кроме:	1. гниение 2. жировоск 3. мумификация 4. аутолиз	4
11.	На скорость охлаждения трупа влияют все факторы, кроме:	1. одежда 2. температура и влажность воздуха 3. поза трупа 4. упитанность покойного	3
12.	При ударе по двуглавой мышце плеча трупа ребром тупого предмета мышечный валик не образуется после:	1. 3-4 часов 2. 5-6 часов 3. 8-10 часов 4. 10-12 часов	3
13.	Образование трупных пятен связано с:	1. перераспределением крови в сосудах при агонии 2. посмертным перераспределением крови под действием силы тяжести 3. изменениями физико-химических свойств крови 4. изменениями реологических свойств крови	2
14.	Стадия гипостаза трупных пятен обычно длится:	1. 1,5-2 часа 2. 6-10 часов 3. 8-16 часов 4. 24-36 часов	3
15.	В стадии стаза трупные пятна при надавливании динамометром:	1. исчезают и восстанавливают цвет 2. бледнеют и восстанавливают цвет 3. не бледнеют 4. не исчезают	2
16.	Исследование трупных пятен позволяет установить все, кроме:	1. время наступления смерти 2. перемещение трупа 3. вероятную причину смерти 4. род смерти	4

17.	Значение трупного окоченения состоит в том, что оно:	1. является несомненным доказательством клинической смерти 2. позволяет судить о роде смерти 3. позволяет точно установить причину смерти 4. позволяет иногда судить об изменении положения и позы трупа	4
18.	Трупное окоченение обычно не восстанавливается, если оно нарушено после смерти через:	1. 1-3 часа 2. 5-6 часов 3. 10-12 часов 4. 12-24 часа	4
19.	Для установления давности наступления смерти используют все признаки, кроме:	1. внутрипеченочную термометрию 2. стадию развития трупных пятен 3. степень выраженности трупного окоченения 4. цвет трупных пятен	4
20.	Для установления давности смерти используют все признаки, кроме:	1. реакцию зрачков на введение пилокарпина или атропина 2. механическую возбудимость мышц 3. электрическую возбудимость мышц 4. локализацию трупных пятен	4
21.	Форма, размеры и края пятен от падения капель крови зависят от всех критериев, кроме:	1. высоты падения 2. угла падения 3. свойств крови 4. подвижности источника кровотечения	3
22.	Потеки крови возникают при попадании крови на:	1. вертикальную или наклонную поверхность 2. гидрофильный материал 3. горизонтальную поверхность 4. гладкую ровную поверхность	1
23.	Лужи крови в большей степени образуются при массивном наружном кровотечении при нахождении потерпевшего на:	1. снегу 2. земле 3. асфальте 4. линолеуме	4
24.	При осмотре трупа на месте происшествия при наличии в ране колющего предмета врач должен:	1. описать рану и находящийся в ней предмет 2. извлечь предмет и передать следователю 3. описать рану после извлечения предмета 4. извлечь предмет из раны с разрешения следователя	1
25.	На изменение положения трупа на месте происшествия указывают все признаки, кроме:	1. отсутствие трупных пятен 2. наличие трупных пятен на противоположных поверхностях тела 3. несоответствие локализации трупных пятен позы трупа 4. отсутствие трупного окоченения в отдельных группах мышц	1
26.	Ответы врача-специалиста в области судебной медицины на вопросы следователя даются:	1. письменно и носят предварительный характер 2. устно и носят предварительный характер 3. устно и носят окончательный характер 4. письменно и носят окончательный характер	2
27.	Реакция зрачка на химическое раздражение определяется путем введения в переднюю камеру глаза 0,1 мл:	1. 1% раствора атропина 2. 5% раствора атропина 3. 1% раствора адреналина 4. 5% раствора пилокарпина	1
28.	Для определения ректальной температуры у трупа ребенка термометр вводят в прямую кишку на глубину:	1. 2-3 см 2. 5 см 3. 10 см 4. 15 см	2

29.	Для определения ректальной температуры у трупа взрослого человека термометр вводят в прямую кишку на глубину:	1. 2-3 см 2. 5 см 3. 10 см 4. 15 см	3
30.	При пребывании трупа взрослого человека во влажной глинистой почве ткани и органы полностью превращаются в жировоск не менее чем через:	1. 1 мес 2. полгода 3. год 4. 2-3 года	4
31.	При пребывании трупа в воде с температурой 17-20 самопроизвольное отделение эпидермиса с кистей рук вместе с ногтями наблюдается через:	1. 1 сутки 2. 2-3 суток 3. 5-6 суток 4. 8-15 суток	4
32.	Полная мумификация трупа взрослого человека в проветриваемом помещении с сухим теплым воздухом обычно происходит в течение:	1. 1-2 месяцев 2. 3-5 месяцев 3. 6-12 месяцев 4. 2-3 лет	3
33.	Тканевая гипоксия развивается при:	1. отравлении оксидом углерода 2. отравлении цианидами 3. закрытии дыхательных путей 4. удушении петлей	2
34.	Удушение петлей относится к асфиксии:	1. обтурационной 2. компрессионной 3. странгуляционной 4. от закрытия дыхательных путей	3
35.	При повешении с рывком не выявляется:	1. замкнутая странгуляционная борозда 2. горизонтальная странгуляционная борозда 3. надрывы интимы общих сонных артерий 4. кровоизлияния в межпозвоночных дисках	2
36.	К групповым признакам петли при сдавлении шеи, относятся все ниже перечисленные, кроме:	1. замкнутости странгуляционной борозды 2. локализации борозды на шее 3. направления борозды 4. формы и рельефа дна борозды	2
37.	О прижизненности сдавления шеи петлей свидетельствуют все ниже перечисленные признаки, кроме:	1. хорошо выраженной странгуляционной борозды 2. кровоизлияний в мышцах шеи и подкожно-жировой основе в проекции борозды 3. кровоизлияний в области переломов подъязычной кости и хрящей гортани 4. кровоизлияний в краях борозды и промежуточных валиках	1
38.	При повешении в петле, кровоизлияния в странгуляционной образуются:	1. в области дна борозды 2. по верхнему краю (валику) борозды 3. по нижнему краю (валику) борозды 4. по обоим краям (валикам) борозды	4
39.	При исследовании трупа в случае смерти от удушения руками (кистями рук) выявляются все ниже перечисленные повреждения, кроме:	1. ссадин на шее 2. овальных кровоподтеков на шее 3. кровоизлияний в межпозвоночные диски 4. переломов подъязычной кости, хрящей гортани и трахеи.	3

40.	При исследовании трупа в случае смерти от удушения руками (кистями рук) не наблюдается образование:	1. переломов шейного отдела позвоночника 2. овальных кровоподтеков на шее 3. переломов подъязычной кости, хрящей гортани и трахеи 4. очаговых кровоизлияний в мягких тканях шеи	1
41.	При смерти от закрытия рта и носа мягкими предметами не встречается:	1. анизокория 2. кровоизлияния, ссадины, рвано-ушибленные раны мягких тканей 3. преддверия рта 4. бледность кожи в области рта и носа на фоне цианоза лица 5. очаговые кровоизлияния в мягких тканях лица	1
42.	Танатогенез утопления в пресной воде по аспирационному типу характеризуется всеми ниже перечисленными признаками, кроме:	1. гиповолемии 2. гипervолемии 3. повышения катионов калия в плазме крови 4. снижения катионов натрия, кальция, анионов хлора в плазме крови	1
43.	Для диагностики смерти от утопления в воде не проводится исследование:	1. содержимого желудка на диатомовый планктон 2. почки на диатомовый планктон 3. почки на наличие кварцсодержащих частиц 4. крови из правой и левой половины сердца	1
44.	О причине смерти - утоплении в пресной воде по асфиксическому типу свидетельствуют все признаки, кроме:	1. лимфогемии 2. воздуха в левой половине сердца 3. мацерации кожи кистей и стоп 4. жидкости в клиновидной пазухе	3
45.	Гемическая гипоксия развивается при:	1. отравлении цианидами 2. острой кровопотере 3. отравлении оксидом углерода 4. массивной кровопотере	3
46.	Смерть от сдавления груди и живота относится к асфиксии:	1. странгуляционной 2. компрессионной 3. обтурационной 4. механической	2
47.	При повешении с вертикальным положением тела характерны все ниже перечисленные признаки странгуляционной борозды, кроме:	1. замкнутости (или горизонтального направления) 2. локализации в верхней части шеи 3. неодинаковой выраженности на протяжении 4. косовосходящего направления	1
48.	Групповые признаки петли, сдавливавшей шею, не устанавливаются по:	1. замкнутости странгуляционной борозды 2. направлению борозды 3. форме и рельефу дна 4. ширине дна	4
49.	Направление натяжения (затягивания) петли на шее не определяется по странгуляционной борозде	1. направлению борозды 2. выраженности на протяжении 3. локализации борозды на шее 4. смещению эпидермиса	1
50.	Надрывы интимы сонных артерий (признак Амюсса) образуются при:	1. повешении в петле 2. удушении петель 3. удушении руками 4. сдавлении груди и живота	1
51.	Морфологическими признаками смерти от аспирации желудочного содержимого (рвотных масс)	1. острой эмфизема легких 2. бугристой поверхности легких с их неравномерной окраской 3. пищевых масс в глотке и пищеводе	2

	являются все ниже перечисленные, кроме:	4. рвотных масс у отверстий рта и носа	
52.	Видовыми признаками смерти от аспирации желудочного содержимого (рвотных масс) при исследовании трупа являются:	1. острая эмфизема легких при наличии рвотных масс у отверстий носа 2. пищевые массы в крупных и мелких бронхах 3. пищевые массы в глотке и пищеводе 4. рвотные массы у отверстий рта и носа, в просвете пищевода	2
53.	Острая эмфизема легких возникает в:	1. стадии инспираторной одышки 2. стадии экспираторной одышки 3. стадии терминального дыхания 4. судорожном периоде	2
54.	Танатогенез утопления в пресной воде по аспирационному типу характеризуется всеми ниже перечисленными признаками, кроме:	1. гиперволемии 2. гемолиза 3. повышения катионов калия в плазме крови 4. повышения катионов натрия, кальция, анионов хлора в плазме крови	4
55.	Диатомовый планктон и кварцсодержащие частицы обнаруживают во внутренних органах трупа при смерти от утопления по типу:	1. асфиксическому 2. аспирационному 3. рефлекторному 4. синкопальному	2
56.	Мацерация кожи кистей и стоп трупа свидетельствует о:	1. длительном пребывании трупа в воде 2. утоплении в воде 3. посмертном попадании тела человека в воду 4. прижизненном попадании человека в воду	1
57.	Циркуляторная гипоксия развивается при:	1. отравлении цианидами 2. острой кровопотере 3. отравлении барбитуратами 4. отравлении уксусной кислотой	2
58.	О прижизненности сдавления шеи петлей свидетельствуют все ниже перечисленные признаки, кроме:	1. кровоизлияний в мышцах шеи и подкожно-жировой основе в проекции борозды 2. кровоизлияний в области переломов подъязычной кости и хрящей гортани 3. кровоизлияний в краях борозды и промежуточных валиках 4. отслойки эпидермиса в дне борозды	4
59.	Видами механической асфиксии являются все ниже перечисленные, кроме:	1. странгуляционной 2. обтурационной 3. от сдавления органов шеи петлей при повешении 4. аспирационной	3
60.	Типичным расположением узла петли на шее при повешении является:	1. переднее 2. заднее 3. левое боковое 4. правое боковое	2
61.	При удушении петлей подкожные и внутренние кровоизлияния образуются:	1. в области дна странгуляционной борозды 2. по верхнему краю (валику) странгуляционной борозды 3. по нижнему краю (валику) странгуляционной борозды 4. по обоим краям (валикам) борозды	4
62.	Морфологическими признаками при повешении с рывком являются все ниже перечисленные, кроме:	1. горизонтальной странгуляционной борозды 2. надрывов интимы общих сонных артерий 3. кровоизлияний в межпозвоночных дисках	1

		4. кровоизлияний в местах прикрепления грудино-ключично-сосцевидных мышц	
63.	Признаками смерти от закрытия рта и носа мягкими предметами являются все ниже перечисленные, кроме:	1. ссадин и кровоподтеков в области рта и носа 2. кровоизлияний, ссадин, рвано-ушибленных ран мягких тканей преддверия рта 3. переломов хрящей гортани и трахеи 4. очаговых кровоизлияний в мягких тканях лица	3
64.	Признаками смерти от аспирации желудочного содержимого (рвотных масс) при исследовании трупа являются все ниже перечисленные, кроме	1. острой эмфиземы легких 2. пищевых масс в крупных и мелких бронхах 3. пищевых масс в глотке и пищеводе 4. рвотных масс у отверстий рта и носа	4
65.	Танатогенез утопления в соленой воде по аспирационному типу характеризуется:	1. гиповолемией 2. гиперволемией 3. гемолизом крови 4. снижением катионов натрия, кальция, анионов хлора в плазме крови	1
66.	О утоплении в пресной воде по асфиксическому типу свидетельствуют все ниже перечисленные признаки, кроме:	1. острой эмфиземы легких 2. лимфогемии 3. диатомового планктона в почке 4. воздуха в левой половине сердца	3
67.	О утоплении в воде по аспирационному типу свидетельствуют все ниже перечисленные признаки, кроме:	1. пены в дыхательных путях 2. мацерации кожи кистей и стоп 3. жидкости в клиновидной пазухе 4. субплевральных очаговых кровоизлияний	2
68.	О прижизненности странгуляционной борозды при микроскопическом исследовании кожи свидетельствуют все ниже перечисленные признаки, кроме:	1. очаговых кровоизлияний в дерме 2. уплощения эпидермиса 3. уплощения дермы 4. кровоизлияний в подкожно-жировой клетчатке	2
69.	Типичной для повешения является странгуляционная борозда:	1. пергаментированная 2. замкнутая, циркулярная 3. незамкнутая, горизонтальная 4. незамкнутая, косовосходящая	4
70.	Кожаный ремень, затянутый на шею является петлей:	1. мягкой 2. жесткой 3. полужесткой 4. эластичной	3
71.	Для диагностики смерти от утопления в воде не проводится исследование:	1. содержимого желудка на диатомовый планктон 2. почки на диатомовый планктон 3. почки на наличие кварцсодержащих частиц 4. исследование крови из правой и левой половины сердца	1
72.	Основными компонентами копоти выстрела при применении бездымного пороха являются:	1. сажа (углерод) 2. CO-CO ₂ 3. S-SO 4. металлы и их окислы	4
73.	К видам механической асфиксии не относят:	1. странгуляционную 2. обтурационную 3. повешение 4. аспирационную	3

74.	Танатогенез утопления в соленой воде по аспирационному типу характеризуется:	1. гипervолемией 2. гемолизом крови 3. снижением катионов натрия, кальция, анионов хлора в плазме крови 4. повышением катионов натрия, кальция, анионов хлора в плазме крови	4
75.	О прижизненности образования странгуляционной борозды при микроскопическом исследовании кожи свидетельствуют все ниже перечисленные признаки, кроме:	1. очаговых кровоизлияний в дерме 2. кровоизлияний в подкожно-жировой клетчатке 3. отслойки эпидермиса 4. малокровия сосудов дна и их полнокровия по краям борозды	3
76.	При смерти от закрытия рта и носа мягкими предметами выявляются все ниже перечисленные признаки, кроме:	1. анизокории 2. кровоизлияний, ссадин, рвано-ушибленных ран мягких тканей преддверия рта 3. бледности кожи в области рта и носа на фоне цианоза лица 4. очаговых кровоизлияний в мягких тканях лица	1
77.	Странгуляционная борозда образуется при контактном взаимодействии петли с шеей вследствие:	1. удара 2. сдавления 3. растяжения 4. компрессии	2
78.	Положительная проба Бокариуса является доказательством:	1. повешения 2. утопления в воде 3. прижизненности странгуляционной борозды 4. прижизненности попадания в воду	3
79.	При удушении петель кровоизлияния образуются:	1. в области дна странгуляционной борозды 2. по верхнему краю (валику) странгуляционной борозды 3. по нижнему краю (валику) странгуляционной борозды 4. по обоим краям (валикам) странгуляционной борозды	4
80.	Огнестрельным оружием является:	1. строительно-монтажный пистолет 2. пневматический пистолет 3. обрез охотничьего ружья 4. ружье для подводной охоты	3
81.	Наличие дефекта ткани в области входного отверстия (раны) объясняется в основном:	1. вращательным движением пули в полете 2. высокой температурой летящего снаряда 3. значительной массой снаряда 4. большой кинетической энергией пули	4
82.	Признаками входного отверстия огнестрельного ранения, указывающими на близкую дистанцию выстрела являются:	1. наличие дефекта ткани 2. наличие дефекта ткани, пояска осаднения и обтирания 3. наличие дефекта ткани, следов действия дополнительных факторов 4. наличие дефекта ткани, микроследов металлов	3
83.	Гидродинамическое действие пули проявляется:	1. расслоением и разрывами тканей по ходу раневого канала 2. разрывами полых внутренних органов в различных направлениях 3. разрывами полых внутренних органов по ходу движения пули 4. множественными переломами основания черепа	2
84.	Пуля с высокой кинетической энергией (свыше 50 кг х м/с) оказывает:	1. разрывное действие 2. пробивное действие 3. клиновидное действие 4. контузионное действие	2

85.	Если на мишени образовались множественные мелкие входные отверстия, то дистанция дробового выстрела:	1. близкая 2. выстрел в упор 3. выстрел в пределах относительно компактного действия дробы 4. выстрел в пределах полного рассеивания дробы	4
86.	Разрывы кожи у входной раны при выстреле в упор чаще возникают в области:	1. головы и лица 2. груди 3. живота 4. спины	1
87.	При выстреле из нарезного оружия с расстояния 30-50 см, обнаруживаются следы действия:	1. пламени, газов 2. газов, копоти 3. копоти, порошинок 4. всех дополнительных факторов выстрела	3
88.	Контузионное действие пули проявляется при:	1. скорости полета пули менее 150 м/с 2. величине кинетической энергии пули свыше 10 кг х м/с 3. повреждении плоских костей 4. вращательном движении пули	4
89.	Металлы в области входного отверстия огнестрельного повреждения выявляются методами:	1. глицериновой и дифиниламиновой проб 2. криоскопических проб 3. цветных отпечатков (контактно-диффузионным методом) 4. электрофореза	3
90.	Наличие элементов смазки в области пояска обтирания выявляется:	1. исследованием в инфракрасных лучах 2. исследованием в ультрафиолетовых лучах 3. рентгенографией в мягких лучах 4. криоскопической пробой	2
91.	Выстрел из гладкоствольного оружия сопровождается наиболее обширными разрушениями органов и тканей при условии:	1. выстрела в упор 2. с близкой дистанции 3. с неблизкой дистанции 4. снаряжение патрона атипичным снарядом	1
92.	Огнестрельное пулевое повреждение плоских костей черепа имеет характер дырчатого перелома в виде:	1. туннеля 2. цилиндра 3. усеченного конуса (воронки) 4. песочных часов	3
93.	Признак Кустановича при близком выстреле проявляется в виде:	1. отложение копоти на втором слое одежды 2. отложение копоти при неблизкой дистанции 3. разрыва одежды у входного повреждения без дефекта ткани 4. разрыва одежды у выходного повреждения без дефекта ткани	3
94.	Касательное огнестрельное ранение характеризуется:	1. слепым раневым каналом 2. сквозным раневым каналом 3. открытым раневым каналом 4. прерывистым раневым каналом	3
95.	Для выстрела с плотным упором не характерно:	1. разрыв кожи в области входной раны 2. отпечаток дульного среза оружия 3. отложение копоти выстрела и зерен пороха вокруг входной раны 4. алое прокрашивание тканей в области входной раны	3
96.	Наличие элементов смазки в области пояска обтирания обнаруживается только:	1. при выстреле в упор 2. при выстреле с близкой дистанции 3. при выстреле с неблизкой дистанции 4. при первом и втором выстреле	4

97.	Зоны отложения копоти выстрела:	1. сплошная-прерывистая 2. выраженная-скрытая 3. концентрированная-рассеянная 4. центральная-периферическая	4
98.	Химическое действие при выстреле оказывает:	1. копоть выстрела 2. пороховые газы 3. пламя выстрела 4. снаряд (пуля, дробь)	2
99.	Основным признаком выходной, пулевой, огнестрельной раны являются все перечисленные, исключая:	1. щелевидная форма 2. дефект ткани 3. отсутствие дефекта ткани 4. вывернутые наружу края	2
100.	Правильным методом исследования раневого канала огнестрельного повреждения является:	1. зондирование канала для определения его направления 2. введение калибровочных щупов для определения диаметра канала 3. послойная препаровка тканей, через которые проходит канал 4. манипуляции с пинцетом с целью обнаружения и извлечения пули	3
101.	Близкая дистанция выстрела находится в пределах:	1. до 10 см 2. до 40 см 3. действия пороховых газов 4. действия дополнительных факторов выстрела	4
102.	При выстреле из нарезного оружия с расстояния 50-100см, обнаруживаются следы действия:	1. пулевого воздуха 2. порошинок 3. копоти, порошинок 4. пламени, газов, копоти	2
103.	Одним из доказательств выстрела в упор является:	1. дефект ткани и поясок осаднения 2. поясок осаднения и обтирания 3. копоть и порошинки вокруг входной раны 4. копоть и порошинки в тканях раневого канала	4
104.	Калибр нарезного огнестрельного оружия определяется:	1. расстоянием в мм между двумя противоположными нарезами в канале ствола 2. расстоянием в мм между двумя противоположными полями нарезов 3. весом пули в г 4. весом снаряженного патрона	2
105.	Расстояние выстрела наиболее точно устанавливается:	1. по таблицам 2. по степени разрушения тканей 3. расчетными методами 4. экспериментальными отстрелами и сравнительными исследованиями	4
106.	Копоть выстрела на темных тканях выявляется методом:	1. фотография в инфракрасных лучах 2. цветных отпечатков (контактно-диффузионным) 3. исследованием в ультрафиолетовых лучах 4. дифиниламиновой пробы	1
107.	Поясок осаднения в области выходного отверстия огнестрельного повреждения образуется:	1. всегда 2. при особых условиях 3. не образуется никогда 4. при большой кинетической энергии пули	2
108.	Компактное действие дроби обычно проявляется до расстояния:	1. 35-40 см 2. до 1 м 3. до 3-5 м 4. до 20 м	2

109.	Пуля с малой кинетической энергией (до 1 кг x м/с) проявляет:	1. разрывное действие 2. гидродинамическое действие 3. пробивное действие 4. контузионное действие	4
110.	Выходная огнестрельная рана наиболее полно характеризуется набором признаков:	1. овальная форма, дефект ткани, следы действия дополнительных факторов выстрела 2. щелевидная форма, отсутствие дефекта ткани, наличие пояска осаднения и обтирания 3. щелевидная форма, вывернутые края, отсутствие дефекта ткани, пояска осаднения и обтирания 4. звездчатая форма, наличие дефекта ткани, пояска осаднения	3
111.	Входное огнестрельное повреждение наружной пластинки плоской кости обычно имеет диаметр:	1. больше диаметра пули 2. меньше диаметра пули 3. равный диаметру пули 4. нет закономерности	1
112.	Одним из доказательств выстрела в упор является:	1. дефект ткани и поясок осаднения 2. поясок осаднения и обтирания 3. копоть и порошинки вокруг входной раны 4. копоть и порошинки в тканях раневого канала	2
113.	При выстреле из нарезного оружия с расстояния 10-30 см обнаруживаются следы действия:	1. предпулевого воздуха 2. порошинок 3. копоты, порошинок 4. пламени, газов, копоты	3
114.	Предпулевой воздух обладает:	1. выраженным механическим действием 2. слабым термическим воздействием 3. слабым механическим воздействием 4. пробивным действием	3
115.	Химическое действие при выстреле оказывает:	1. копоть выстрела 2. пороховые газы 3. пламя выстрела 4. снаряд (пуля, дробь)	2
116.	Составными элементами огнестрельного повреждения являются все перечисленные, кроме:	1. входное отверстие 2. дефект ткани 3. раневой канал 4. снаряд в конце раневого канала	2
117.	Наличие нескольких входных пулевых повреждений на одежде (рубашке) при одном входном повреждении на теле обусловлено:	1. многослойностью одежды 2. фрагментацией пули 3. выстрелы автоматной очереди 4. разрывами одежды за счет механического воздействия пороховых газов	1
118.	Выходное огнестрельное повреждение наружной пластинки плоской кости обычно имеет диаметр:	1. больше диаметра пули 2. меньше диаметра пули 3. равный диаметру пули 4. нет закономерности	1
119.	Выходная огнестрельная рана наиболее полно характеризуется набором признаков:	1. овальная форма, дефект ткани, следы действия дополнительных факторов выстрела 2. щелевидная форма, отсутствие дефекта ткани, наличие пояска осаднения и обтирания 3. щелевидная форма, вывернутые края, отсутствие дефекта ткани, пояска осаднения 4. звездчатая форма, наличие дефекта ткани, пояска осаднения	3
120.	При выстреле из нарезного оружия с расстояния 50-100	1. предпулевого воздуха 2. порошинок 3. копоты, порошинок	2

	см, обнаруживаются следы действия:	4. пламени, газов, копоти	
121.	Выберите наиболее полное в судебной медицине определение оружия:	1. собирательное понятие физического тела без специального назначения, но использованное для защиты или нападения 2. средства, специально предназначенные преимущественно для нападения 3. средства специально предназначенные для нападения или защиты 4. средства изготавливаемые для применения с определенной целью в быту, на производстве, в технике и др	3
122.	Под сочетанной травмой понимают:	1. несколько повреждений одной анатомической области тела 2. повреждение одним травматическим фактором двух или нескольких органов различных полостей тела 3. повреждения возникающие под воздействием различных внешних факторов 4. повреждение 2-х или нескольких органов одной анатомической области тела	2
123.	Кровоподтек это:	1. плоское подкожное кровоизлияние, при повреждении мелких сосудов подкожно-жировой клетчатки 2. плоское внутрикожное кровоизлияние при повреждении мелких сосудов собственно дермы сосудов и капилляров 3. плоское кожное кровоизлияние при повреждении мелких сосудов и капилляров базальной пластинки дермы 4. плоское кожное кровоизлияние, при повреждении мелких сосудов и капилляров любого из слоев кожи	1
124.	Под раной в судебной медицине понимают:	1. повреждение распространяющееся глубже сосочкового слоя кожи 2. любое хорошо выраженное повреждение кожи 3. повреждение кожи с травматизацией только рогового слоя 4. повреждение кожи, сопровождающееся повреждением только рогового и шиповатого слоев	1
125.	Вариантами механизма образования повреждений от действия тупых твердых предметов являются все, кроме:	1. удара 2. сдавления 3. растяжения 4. кручения	3
126.	К признакам открытой, проникающей черепно-мозговой травмы относят:	1. одновременное повреждение мягких тканей головы, костей черепа и мягкой мозговой оболочки 2. одновременное повреждение мягких тканей головы, костей черепа, мягкой мозговой оболочки и вещества головного мозга 3. одновременное повреждение мягких тканей, костей черепа, твердой мозговой оболочки 4. одновременное повреждение костей черепа, твердой мозговой оболочки, мягкой мозговой оболочки и вещества головного мозга	3
127.	Ссадина имеет вид красной, влажной кровянистой поверхности, расположенной чуть ниже уровня смежной неповрежденной кожи в следующие сроки:	1. первые 12 часов 2. первые 24 часа 3. от 12 до 24 часов 4. от 20-24 часов до 36-48 часов	1

128.	Морфологическим признаком сжатия костной пластинки из приведенных является:	1. края перелома мелкозубчатые или ровные 2. края перелома хорошо сопоставимые, мелкозубчатые 3. края перелома отвесные, ровные 4. края перелома с элементами вспучивания компакты, скошенные	4
129.	От тангенциального ударного травматического воздействия по голове тупогранным предметом с выраженными 2 гранями и 1 ребром, характерным является образование:	1. дырчатого перелома костей свода черепа 2. вдавленного перелома костей свода черепа 3. террасовидного перелома костей свода черепа 4. паутинообразного перелома костей черепа	3
130.	Какие морфологические признаки характерны для раны, образовавшейся от удара тупогранным предметом под прямым углом:	1. щелевидная рана с осадненными краями и закругленными концами 2. лоскутная рана с осадненными краями и выраженной их отслойкой 3. зияющая рана дугообразной формы с осадненными краями 4. веретенообразная рана с ровными, неосадненными краями	1
131.	От ударного травматического воздействия по голове тупым предметом с плоской, неограниченной поверхностью соударения характерным является образование:	1. дырчатого перелома костей свода черепа 2. вдавленного перелома костей свода черепа 3. террасовидного перелома костей свода черепа 4. паутинообразного перелома костей черепа	4
132.	Наиболее полным определением тупых твердых предметов с ограниченной поверхностью соударения является:	1. это предметы, имеющие поверхность, границы которой не выходят за пределы поверхности поврежденной части тела 2. предметы, имеющие поверхность, границы которой находятся в пределах соударяющей поверхности кулака или ноги человека 3. предметы, имеющие поверхность, границы которой находятся в пределах площади 50 - 70 см 4. предметы, имеющие площадь соударения не менее 20 см ²	1
133.	При падении с высоты собственного роста на плоскую твердую поверхность наиболее характерным является образование:	1. очага ушиба головного мозга в проекции приложения травмирующей силы 2. очага ушиба головного мозга в проекции приложения травмирующей силы и пятнистых субарахноидальных кровоизлияний на противоположной стороне 3. внутримозговой гематомы 4. распространенного субарахноидального кровоизлияния с прорывом в боковые желудочки головного мозга	2
134.	Характерным морфологическим признаком шока тяжелой степени является обнаружение при исследовании трупа:	1. геморрагического отека легких 2. острой очаговой эмфиземы легких 3. очагового некроза с явлениями шунтирования кровотока 4. мускатной гиперемии печени	3
135.	Под множественной травмой понимают:	1. несколько повреждений одной анатомической области тела 2. повреждение двух или нескольких органов различных полостей тела одним травматическим фактором воздействия 3. повреждения возникающие под воздействием различных внешних факторов 4. повреждение 2-х и более анатомических областей тела	1
136.	Механизмом образования ссадин является:	1. трение 2. сдвиг	1

		3. сдавление 4. растяжение	
137.	В случаях свободного падения с большой высоты характерно обнаружение при наружном исследовании:	1. повреждений, локализующихся на 2-х поверхностях тела 2. повреждений, которые могут локализоваться на 2-х и более поверхностях тела 3. повреждений односторонней локализации 4. повреждений, которые не имеют определенной закономерности в образовании и зависят от конкретного варианта падения	3
138.	Синюшный цвет кровоподтека обусловлен образованием:	1. оксигемоглобина 2. восстановленного гемоглобина 3. метгемоглобина 4. вердогемохромогена	2
139.	Красно-багровый цвет кровоподтека обусловлен образованием:	1. оксигемоглобина 2. восстановленного гемоглобина 3. метгемоглобина 4. вердогемохромогена	1
140.	Классификация черепно-мозговой травмы предусматривает все пункты, кроме:	1. закрытых повреждений черепа и головного мозга 2. открытых повреждений черепа и головного мозга, непроникающих 3. открытых повреждений черепа и головного мозга, проникающих 4. закрытых повреждений черепа и головного мозга, проникающих	4
141.	При свободном падении с большой высоты на голову характерно обнаружение:	1. отрывных переломов тел позвонков ниже-грудного и поясничного отделов позвоночника 2. компрессионных переломов тел позвонков выше-грудного и шейного отделов позвоночника 3. компрессионных переломов тел ниже-грудного и поясничного отделов позвоночника 4. отрывных переломов тел шейного и выше-грудного отделов позвоночника	2
142.	Определите морфологические, диагностические признаки характеризующие растяжение костной ткани:	1. края перелома неровные, скошенные 2. края перелома отвесные, хорошо сопоставимые 3. края перелома с элементами скола и выкрашивания 4. края перелома с элементами вспучивания компактной пластинки	2
143.	При сдавлении головы в боковых направлениях очаговые ушибы коры:	1. локализуются в проекции обеих височных долей больших полушарий головного мозга 2. локализуются в проекции и височных и прилежащих лобных и теменных долей больших полушарий 3. локализуются в проекции одной из височных долей, со стороны большего сдавливающего момента 4. не образуются	4
144.	Для локальных переломов ребер характерна следующая морфологическая характеристика:	1. по наружной пластинке края зубчатые, по внутренней относительно ровные 2. по наружной пластинке края отвесные, по внутренней один подрыв, другой скошен 3. по наружной пластинке края сопоставимые, на внутренней с элементами выкрашивания компактного вещества 4. по наружной пластинке края ровные, по внутренней с элементами вспучивания компакты	1
145.	Ссадина имеет вид красно-коричневой кровяной корочки,	1. в первые 12 часов 2. в первые 24 часа	3

	расположенной на одном уровне со смежной неповрежденной кожей в следующие сроки:	3. в период от 1 до 2 суток 4. в период от 2-3 до 4-5 суток	
146.	Под орудием в судебной медицине понимают:	1. собирательное понятие физических тел без специального назначения, но которые могут быть использованы для защиты или нападения 2. средства, специально предназначенные преимущественно для нападения 3. средства специально предназначенные для нападения или защиты 4. средства изготавливаемые для применения с определенной целью в быту	4
147.	Под комбинированной травмой понимают:	1. несколько повреждений одной анатомической области тела 2. повреждение двух или нескольких анатомических областей тела 3. повреждения, возникающие под воздействием различных травмирующих факторов 4. повреждение 2-х или нескольких органов одной анатомической области тела	3
148.	Определите, из ниже перечисленных, механизм не приводящий к образованию ран:	1. удар 2. сдавление 3. трение 4. растяжение	2
149.	От ударного травматического воздействия под прямым углом, по голове тупым предметом с ограниченной, четко очерченной соударяющей поверхностью характерным является образование:	1. дырчатого перелома костей свода черепа 2. вдавленного перелома костей свода черепа 3. вдавленного перелома костей свода черепа с элементами террасовидности 4. паутинообразного перелома костей черепа	1
150.	При ударе тупым твердым предметом с ограниченной поверхностью соударения по голове наиболее характерным является образование:	1. очага ушиба головного мозга в проекции приложения травмирующей силы 2. очага ушиба головного мозга в проекции приложения травмирующей силы и «пятнистых» субарахноидальных кровоизлияний на противоположной стороне 3. внутримозговой гематомы 4. распространенного субарахноидального кровоизлияния с прорывом в боковые желудочки головного мозга	1
151.	При ударе тупым твердым предметом с неограниченной поверхностью соударения по голове наиболее характерным является образование:	1. очага ушиба головного мозга в проекции приложения травмирующей силы 2. очага ушиба головного мозга в проекции приложения травмирующей силы и «пятнистых» субарахноидальных кровоизлияний на противоположной стороне 3. внутримозговой гематомы 4. распространенного субарахноидального кровоизлияния с прорывом в боковые желудочки головного мозга	2
152.	Определите морфологические, диагностические признаки сжатия костной ткани:	1. края перелома мелкозубчатые или ровные 2. края крупнозубчатые, один из краев подрыт, другой скошен 3. края перелома хорошо сопоставимые, ровные 4. края перелома отвесные, мелкозубчатые	2

153.	Морфологическими признаками растяжения в области перелома костей являются:	1. края перелома относительно ровные или мелкозубчатые, хорошо сопоставимые 2. края перелома крупнозубчатые, скошенные 3. края перелома с элементами скола и выкрашивания 4. края перелома с элементами вспучивания компактной пластинки	1
154.	При свободном падении с большой высоты характерно обнаружение на вскрытии:	1. морфологической картины превалирования общего объема внутренних повреждений над наружными 2. морфологической картины превалирования общего объема повреждений, обнаруженных при наружном исследовании над повреждениями обнаруженными при внутреннем исследовании 3. морфологической картины не имеющей закономерности 4. равный общий объем повреждений обнаруженных при наружном исследовании и при внутреннем	1
155.	Определите неправильный вариант механизма образования повреждений от действия тупых твердых предметов:	1. удар 2. сдавление 3. трение 4. сжатие	4
156.	Зеленоватый оттенок кровоподтека обусловлен образованием:	1. оксигемоглобина 2. восстановленного гемоглобина 3. метгемоглобина 4. вердогемохромогена	4
157.	Под множественной травмой понимают:	1. повреждение двух или нескольких органов одной полости тела 2. повреждение двух или нескольких органов различных полостей тела 3. повреждения, возникающие под воздействием различных внешних факторов 4. повреждение 2-х и более анатомических областей тела	1
158.	При ударе головой о плоскость в результате падения с большой высоты характерным является образование:	1. дырчатого перелома костей свода черепа 2. вдавленного перелома костей свода черепа 3. террасовидного перелома костей свода черепа 4. паутинообразного перелома костей свода черепа	4
159.	Для конструктивных переломов ребер характерна следующая морфологическая характеристика:	1. по наружной костной пластинке края относительно ровные, по внутренней крупнозубчатые 2. по наружной пластинке края с вспучивание компакты, на внутренней -относительно ровные 3. по наружной пластинке один край скошен, другой подрыт, на внутренней пластинке края отвесные 4. по наружной пластинке края с элементами выкрашивания компакты, на внутренней - хорошо сопоставимые	1
160.	Вариантом вида травматизма (среди нижеприведенных ответов) являются все кроме:	1. транспортного 2. военного 3. бытового 4. хозяйственного	4
161.	Какие морфологические признаки характерны для ушибленной раны, образовавшейся при тангенциальном воздействии тупым предметом:	1. рана линейной формы с осадненными краями и П-образными концами 2. лоскутная рана с осадненными краями и выраженной отслойкой одного из них 3. узкая рана дугообразной формы, с равномерной осадненностью ее краев	2

		4. рана звездчатой формы с равномерным осаднением краев и элементами их разможнения	
162.	При повреждении длинных трубчатых костей от удара тупым твердым предметом с ограниченной поверхностью соударения под прямым углом, характерным является образование:	1. оскольчатого перелома 2. многооскольчатого, конструкционного перелома 3. винтообразного перелома 4. открытого, многофрагментарного, конструкционного перелома	1
163.	При общем сотрясении тела характерным является образование следующих повреждений внутренних паренхиматозных органов:	1. множественных разрывов 2. кровоизлияний в связочный (подвешивающий) аппарат 3. единичных сквозных разрывов 4. фрагментации органа с элементами разможнения	2
164.	В медицинском понятии гематома - это:	1. плоское подкожное кровоизлияние при повреждении мелких сосудов подкожно-жировой клетчатки 2. кровоизлияние любой локализации с формированием полости за счет объема излившейся крови 3. кровоизлияние паренхиматозного органа с формированием полости за счет объема излившейся крови 4. кровоизлияние в грудную или брюшную полость за счет определенного объема излившейся крови	2
165.	Глубина ссадины больше выражена:	1. в начальной ее части 2. в конечной ее части 3. в средней ее части 4. может быть и в начальной и конечной ее части, в зависимости от особенностей воздействия тупым предметом	4
166.	Механизмом образования кровоподтеков является:	1. удар 2. трение 3. сжатие 4. разрыв	1
167.	Закон Никифорова-Шавиной позволяет определить:	1. прижизненность повреждений 2. давность повреждений 3. последовательность возникновения повреждений 4. продолжительность жизни после получения повреждений	3
168.	Наиболее полным определением тупых твердых предметов с неограниченной поверхностью соударения является:	1. это предметы, имеющие поверхность, границы которой выходят за пределы поверхности поврежденной части тела 2. предметы, имеющие поверхность, не менее 40 см ² 3. предметы, имеющие поверхность, границы которой выходят за пределы площади 50 - 70 см ² 4. предметы, имеющие площадь соударения не менее 20 см ²	1
169.	Ссадина имеет вид красной кровяной корочки, расположенной чуть ниже уровня смежной неповрежденной кожей в следующие сроки:	1. в первые 12 часов 2. в первые 24 часа 3. в период от 12 до 24 часов 4. в период от 20-24 часов до 36-48 часов	3
170.	Какие морфологические признаки характерны для ушибленной раны, образовавшейся при ударе под прямым углом тупым предметом с неограниченной поверхностью соударения:	1. рана линейной формы с осадненными краями и П-образными концами 2. лоскутная рана с осадненными краями и выраженной отслойкой одного из них 3. узкая рана дугообразной формы с осадненностью ее краев 4. рана звездчатой формы с выраженным осаднением краев и элементами их разможнения	4

171.	Определите морфологические, диагностические признаки сжатия костной ткани:	1. края перелома мелкозубчатые или ровные 2. края перелома хорошо сопоставимые, мелкозубчатые 3. края перелома с элементами скола и выкрашивания компактного вещества кости 4. края перелома отвесные, ровные	3
172.	От ударного травматического воздействия по голове тупым предметом с ограниченной, сферической поверхностью соударения характерным является образование:	1. дырчатого перелома костей свода черепа 2. вдавленного перелома костей свода черепа 3. террасовидного перелома костей свода черепа 4. паутинообразного перелома костей черепа	2
173.	Под ссадиной в судебной медицине понимают:	1. повреждение, распространяющееся глубже сосочкового слоя кожи 2. любое хорошо выраженное повреждение кожи 3. повреждение, распространяющееся не глубже сосочкового слоя 4. повреждение кожи, сопровождающееся повреждением только рогового и шиповатого слоев	3
174.	Характерным морфологическим признаком острой кровопотери является обнаружение на вскрытии:	1. множественных точечных кровоизлияний под эпикардом сердца и легочной плевры 2. полосовидных кровоизлияний под эндокардом левого желудочка (пятна Минакова) 3. кровоизлияний в связочный (подвешивающий) аппарат внутренних органов 4. булавовидных кровоизлияний в слизистую желудка и начального отдела 12-перстной кишки	2
175.	При повреждении внутренних паренхиматозных органов от удара тупым твердым предметом с неограниченной поверхностью соударения, наиболее характерным является образование:	1. множественных разрывов 2. признаков размятия и размозжения органа 3. единичных разрывов 4. фрагментации органа с элементами размозжения паренхимы	1
176.	При свободном падении с большой высоты на ноги характерно обнаружение:	1. компрессионных переломов позвонков крестца 2. компрессионных переломов наиболее мелких тел позвонков – верхне-грудного и шейного отделов позвоночника 3. компрессионных переломов тел ниже-грудного и поясничного отделов позвоночника 4. отрывных переломов тел шейного, грудного и поясничного отделов позвоночника	3
177.	Из ниже перечисленных ядов выраженным местным некротизирующим и гемолитическим действием обладает:	1. азотная кислота 2. карболовая кислота 3. уксусная кислота 4. сулема	3
178.	К деструктивным относят все ниже перечисленные яды кроме:	1. сулему 2. каломель (хлорид ртути) 3. оксид мышьяка 4. сульфат бария	4
179.	Повышенная утомляемость, эмоциональная неустойчивость, нарушение	1. легкой 2. средней 3. сильной	1

	координации мелких движений характерны для степени алкогольного опьянения	4. тяжелой	
180.	Легкой степени алкогольного опьянения обычно соответствует концентрация этанола в крови:	1. не более 0,5‰ 2. от 0,5 до 1,5‰ 3. от 1,5 до 2,5‰ 4. от 2,5 до 3,0‰	2
181.	Для установления кратности, давности и количества выпитых спиртных напитков необходимо и достаточно направить на судебно-химическое исследование:	1. кровь и мочу 2. кровь и цереброспинальную жидкость 3. кровь и желудочное содержимое 4. кровь, мочу, желудочное содержимое и цереброспинальную жидкость	5
182.	При подозрении на смертельное отравление этанолом необходимо провести:	1. общее судебно-химическое исследование внутренних органов и тканей 2. спектральное исследование кусочков внутренних органов и тканей 3. биохимическое исследование крови и мочи 4. судебно-химическое исследование крови и мочи	4
183.	Посуда, используемая для направления объектов на судебно-химическое исследование, должна быть:	1. стерильной 2. промытой изотоническим раствором хлорида натрия 3. промытой хромпиком 4. химически чистой	4
184.	При подозрении на смерть от отравления с места происшествия необходимо изъять:	1. смывы слизистой оболочки ротовой полости 2. рвотные массы 3. мазки из прямой кишки 4. кожные лоскуты со следами инъекций	2
185.	Непосредственными причинами смерти при отравлении едкими ядами могут быть все ниже перечисленные кроме:	1. шок 2. асфиксия вследствие отека слизистой глотки, гортани 3. интоксикация 4. жировая эмболия	4
186.	Для ботулизма характерны все перечисленные симптомы, кроме:	1. афонии 2. диплопии 3. диареи 4. лихорадки	3
187.	Характерные признаки для хронической наркотической интоксикации, все, кроме:	1. кардиосклероза некоронарогенного происхождения 2. точечных ранок на коже в проекции крупных вен 3. венозного полнокровия, отека головного мозга, легких 4. уменьшения в размерах селезенки	4
188.	Снижение болевой чувствительности вплоть до ее потери, супорозное состояние характерны для степени алкогольного опьянения:	1. легкой 2. средней 3. сильной 4. тяжелой	3
189.	Значительная эмоциональная неустойчивость, шаткая походка, неясная речь, нарушение психики и ориентировки, сонливость характерны для степени алкогольного опьянения:	1. легкой 2. средней 3. сильной 4. тяжелой	2

190.	Средней степени алкогольного опьянения обычно соответствует концентрация этанола в крови:	1. не более 0,5‰ 2. от 0,5 до 1,5‰ 3. от 1,5 до 2,5‰ 4. от 2,5 до 3,0‰	3
191.	Деструктивными ядами из ниже перечисленных являются:	1. кислоты и щелочи 2. соединения мышьяка 3. окислители 4. соли тяжелых металлов	2
192.	Ускоренное развитие и большая интенсивность мышечного окоченения характерны для отравления всеми ниже перечисленными веществами, кроме:	1. стрихнина 2. аконитина 3. цикутотоксина 4. кокаина	4
193.	По избирательной токсичности наркотики и снотворное относятся к ядам:	1. нервным 2. печеночным 3. сердечным 4. желудочно-кишечным	1
194.	К морфологическим признакам массивного внутрисосудистого гемолиза не относят:	1. острый пигментный нефроз 2. желтуху 3. лаковый вид крови 4. разлитой характер и насыщенную окраску трупных пятен	4
195.	Интенсивность действия яда на организм зависит от:	1. путей его поступления 2. длительности контакта и площади соприкосновения ткани с ядом 3. степени химического превращения яда организмом под влиянием биологически активных веществ 4. химической его природы	1
196.	Выделение ядов из организма производят все органы, кроме:	1. почек 2. легких 3. слизистых оболочек и кожи 4. волос	4
197.	В результате местного действия кислот в тканях развивается:	1. колликативный некроз 2. коагуляционный некроз 3. гнойное воспаление 4. асептическое воспаление	2
198.	Причиной смерти при отравлении метгемоглобинообразующими ядами является:	1. гемическая аноксия 2. тканевая аноксия 3. паралич дыхательного центра 4. гипоксическая аноксия	1
199.	Основной механизм действия цианидов на организм человека состоит в:	1. блокаде цитохромоксидазы клеток 2. нарушении кислотно-основного равновесия в крови 3. переводе гемоглобина в метгемоглобин 4. параличе дыхательного центра	3
200.	Судебно-медицинская диагностика смертельных отравлений ядами основывается на:	1. обстоятельствах дела 2. данных макро- и микроскопического исследования трупа 3. результатах исследования методом цветных отпечатков 4. результатах предварительных проб	2
201.	Механизм действия окиси углерода заключается в:	1. нарушении дыхательной функции клеток 2. связывании гемоглобина 3. связывании железа в молекуле гемоглобина 4. параличе дыхательного и сосудистого центров	2
202.	Фазой токсикодинамики алкоголя является:	1. резорбция 2. окисление	1

		3. выведение в неизменном виде 4. депонирование в тканях	
203.	Признаками смертельного отравления цианидами являются:	1. обильные синюшного цвета трупные пятна 2. розово-красное окрашивание крови, тканей и трупных пятен 3. отек легких и головного мозга 4. специфический запах от органов и тканей	2
204.	Для проведения общего судебно-химического анализа производят изъятие:	1. желудка и начальной части кишечника с содержимым, крови, мочи, печени, легкого 2. сердца, легкого, почки, головного мозга, крови 3. желудка и начального отдела тонкого кишечника с содержимым, почки и мочи, печени и желчного пузыря, головного мозга, легкого 4. органов и тканей по усмотрению судебно-медицинского эксперта, в зависимости от обстоятельств дела	3
205.	Для консервации объектов, изъятых для судебно-химического исследования можно использовать:	1. раствор формалина 10% 2. этанол 96% 3. метанол 4. глицерин	2
206.	Видами пищевых отравлений являются все ниже перечисленные кроме:	1. истинные 2. косвенные 3. микотоксикозы 4. пищевые интоксикации	4
207.	Сальмонеллез относится к:	1. пищевым интоксикациям 2. пищевым токсикоинфекциям 3. желудочно-кишечным инфекционным заболеваниям 4. колитам инфекционного происхождения	2
208.	Сильной степени алкогольного опьянения обычно соответствует концентрация этанола в крови:	1. не более 0,5‰ 2. от 1,5 до 2,5‰ 3. от 2,5 до 3,0‰ 4. свыше 3,0‰	3
209.	Массивный внутрисосудистый гемолиз характерен при отравлении:	1. строчками 2. оксидом мышьяка 3. соляной кислотой 4. мухомором	1
210.	К едким ядам относятся:	1. фенол 2. этанол 3. глицерин 4. ацетон	1
211.	Резорбтивное действие кислот и щелочей проявляется:	1. ожогами слизистой оболочки пищеварительного тракта 2. нарушением кислотно-щелочного равновесия в тканях и жидких средах организма 3. прямым действием на структуры клеток и тканей 4. парализующим действием на дыхательный и сосудистый центры	2
212.	В результате местного действия щелочей в тканях развивается:	1. колликативный некроз 2. коагуляционный некроз 3. гнойное воспаление 4. асептическое воспаление	1
213.	Для проявления возбуждения М-холинергических структур у пострадавшего не характерно:	1. повышение секреции слюнных и потовых желез 2. сужение зрачков 3. брадикардия 4. тахикардия	4

214.	Смерть при отравлении снотворными веществами наступает в результате:	1. паралича дыхательного центра 2. паралича дыхательной мускулатуры и диафрагмы 3. острой почечной недостаточности, уремии 4. острой печеночной недостаточности, интоксикации	1
215.	По избирательности токсичности ядовитые грибы (бледная поганка) относятся к ядам:	1. нервным 2. печеночным 3. сердечным 4. желудочно-кишечным	2
216.	Установление степени алкогольного опьянения производится на основании:	1. количественного определения алкоголя в крови 2. клинических проявлений опьянения 3. количественного определения алкоголя в крови и моче 4. количественного определения алкоголя в крови и моче с учетом клинической картины опьянения	4
217.	Для подтверждения диагноза смертельного отравления грибами необходимо:	1. выявить специфические макро- и микроскопические изменения внутренних органов 2. обнаружить яд судебно-химическим исследованием 3. обнаружить остатки грибов микологическим исследованием 4. провести бактериологический посев желудочного содержимого	3
218.	Причиной смерти при отравлении окисью углерода является:	1. острая гемическая (кровяная) гипоксия 2. острая дыхательная недостаточность 3. острая тканевая гипоксия 4. нарушение кислотно-щелочного состава в тканях	1
219.	При обнаружении этилового спирта только в моче можно решить вопрос о:	1. факте и давности приема алкоголя 2. степени алкогольного опьянения 3. количестве принятого алкоголя 4. концентрации этилового спирта в принятом алкогольном напитке	1
220.	Пищевые токсикоинфекции вызывают:	1. продукты, зараженные микробами, выделяющими токсины 2. микробные токсины, содержащиеся в пище 3. пища, зараженная микробами, вызывающими инфекционное заболевание 4. продукты, зараженные микробами, не выделяющими токсины	2
221.	Смерть при отравлении снотворными веществами наступает от:	1. паралича сосудистого центра 2. паралича дыхательного центра 3. паралича дыхательной мускулатуры и диафрагмы 4. острой почечной недостаточности, уремии	2
222.	Едкие яды наиболее выраженно действуют:	1. местно 2. местно и резорбтивно 3. резорбтивно 4. кумулятивно	1
223.	Процесс кумуляции заключается в:	1. накоплении яда в неизмененном виде 2. видоизменении яда в более токсическое вещество 3. суммировании действия нескольких ядов 4. потенцировании действия нескольких ядов	1
224.	К истинно пищевым относят отравления продуктами:	1. всегда или временно ядовитыми по своей природе 2. с умышленно приданными ядовитыми свойствами 3. случайно получившими ядовитые свойства 4. приготовленными с нарушением технологии	1
225.	Морфологическим признаком отравления метгемоглобинообразующими ядами является:	1. малокровие внутренних органов 2. буровато-коричневый цвет крови, тканей, трупных пятен 3. пигментный нефроз 4. дистрофия печени, сердца, почек	2

226.	По длительности воздействия снотворные вещества делят на все перечисленные, кроме:	1. длительного действия 2. замедленного действия 3. средней продолжительности действия 4. короткого действия	2
227.	Морфологические признаки при смертельном отравлении окисью углерода:	1. вишнево-синюшная окраска крови, ткани, трупных пятен 2. ярко-розовая окраска крови, ткани трупных пятен 3. отек ложа и стенки желчного пузыря 4. свертки полостях сердца	2
228.	К кровяным ядам относятся все ниже перечисленные вещества, кроме:	1. вызывающих гемолиз 2. изменяющих свойства гемоглобина 3. нарушающих процессы кроветворения 4. повышающих проницаемость сосудистых стенок	1
229.	К наиболее токсичным продуктам биотрансформации этанола относятся:	1. формальдегид 2. щавелевая кислота 3. уксусная кислота 4. ацетальдегид	4
230.	К наркотическим средствам относятся все ниже перечисленные, кроме:	1. морфина 2. этанола 3. кокаина 4. этиленгликоля	4
231.	Тяжелой алкогольной интоксикации обычно соответствует концентрация этанола в крови:	1. от 0,5 до 1,5‰ 2. от 1,5 до 2,5‰ 3. от 2,5 до 3,0‰ 4. свыше 3,0‰	4
232.	Не характерным проявлением действия Н-холинолитиков у пострадавшего является:	1. миорелаксация 2. атония кишечника 3. сужение зрачков 4. бред, галлюцинации, психомоторное возбуждение	4
233.	Смерть при рубленых повреждениях наступает чаще от:	1. повреждения жизненно важного органа 2. жировой эмболии легочного ствола 3. воздушной эмболии легочного ствола 4. травматического шока	1
234.	Наиболее часто причиной смерти при резаных повреждениях является:	1. массивная кровопотеря 2. жировая эмболия 3. воздушная эмболия 4. болевой шок	1
235.	Концевые отделы раневых каналов колото-резаных повреждений в паренхиматозных органах исследуют:	1. рентгенографией с заливкой рентгеноконтрастными веществами 2. зондированием 3. гистологически 4. стереомикроскопически	1
236.	Основные особенности колюще-рубящих орудий:	1. наличие лезвия, перпендикулярного продольной оси орудия 2. треугольное сечение стержня 3. значительная масса орудия 4. овальное сечение стержня	1
237.	Одним из основных признаков колото-рубленого повреждения является:	1. линейно-щелевидная форма 2. остроугольные концы 3. неровность краев 4. наличие дополнительного разреза	1
238.	Раневой канал колото-резаного повреждения в паренхиматозных органах исследуют:	1. послойным исследованием 2. зондированием 3. гистологически 4. калибровочными щупами	1

239.	Одним из основных элементов раны колото-резаного повреждения являются:	1. стенки 2. дно 3. концы 4. ребра	3
240.	Осаднение краев резаной раны:	1. выражено в начале раны 2. выражено в середине раны 3. выражено на всем протяжении 4. на всем протяжении отсутствует	4
241.	Укажите признак действия лезвия клинка, при колото-резаных повреждениях одежды:	1. разрез концевой нити 2. разволокнение концевой нити 3. надрез краевой нити 4. разволокнение краевой нити	1
242.	Длина раны (l), глубина раневого канала (h) и ширина раны (d) колото-резаных повреждений находятся в соотношении:	1. $l < h > d$ 2. $h < l > d$ 3. $l < h > d$ 4. $l > d > h$	1
243.	Какое орудие (оружие) из перечисленных относится к колюще-режущим с односторонней заточкой клинка?	1. столовый нож 2. кинжал 3. перочинный нож 4. кортик	3
244.	Одним из основных элементов раневого канала колото-резаного повреждения являются:	1. края 2. концы 3. стенки 4. поверхность излома	3
245.	Длина погруженной части клинка колюще-режущего орудия:	1. равна глубине раневого канала 2. не более глубины раневого канала 3. не менее глубины раневого канала 4. закономерности при исследовании не имеет	2
246.	Одним из основных элементов раны колото-резаного повреждения являются:	1. края 2. дно 3. стенки 4. ребра	1
247.	Рубленые повреждения чаще локализуются на:	1. голове 2. животе 3. груди 4. конечностях	1
248.	Не относят к основным признакам рубленого повреждения	1. надрезы у концов раны 2. соединительнотканые перемычки в области ребер раневого канала 3. длина раны и глубина раневого канала превышают ширину раны 4. осаднение краев	1
249.	Не обнаруживаются трассы при рубленых повреждениях на:	1. плоских костях 2. длинных трубчатых костях 3. коротких трубчатых костях 4. фасциальных пластинках	4
250.	Осадненность у колотых ран:	1. встречается всегда 2. всегда отсутствует 3. бывает выражена при наличии ребер у колющего оружия 4. отсутствует при наличии ребер у колющего оружия	1
251.	Действие обушка (толщиной > 2 мм) колюще-режущего орудия проявляется:	1. надрезами в пределах кожи 2. закруглением конца раны 3. остроугольным концом раны	1

		4. четким остроугольным ребром раневого канала	
252.	Одним из основных признаков раны, причиненной браншей ножниц является:	1. выраженное осаднение краев 2. наличие дополнительного разреза 3. ровные неосажденные края 4. выраженное осаднение в области обоих концов	1
253.	Наиболее вероятной причиной смерти при резаных повреждениях в области шеи является:	1. механическая асфиксия при аспирации крови 2. жировая эмболия 3. болевой шок 4. остановка сердца в результате раздражения рефлексогенной зоны	1
254.	Для дополнительного разреза колото-резаного повреждения характерным является:	1. осадненность краев раны 2. отсутствие осадненности краев раны 3. неровность обоих краев раны 4. подрытость обоих краев раны	2
255.	Какое орудие (оружие) из перечисленных относится к колюще-режущим с односторонней заточкой клинка?	1. столовый нож 2. кинжал 3. финский нож 4. кортик	3
256.	Какое орудие (оружие) из перечисленных относится к колюще-режущим?	1. стамеска 2. кинжал 3. столовый нож 4. топор	2
257.	Для основного разреза колото-резаного повреждения характерным является:	1. неровность обоих краев 2. отсутствие осадненности краев раны 3. осадненность краев раны 4. подрытость обоих краев раны	3
258.	Наличие дополнительного разреза колото-резаного повреждения зависит от:	1. степени выраженности ребер обушка 2. степени нажима в сторожу лезвия при вколе клинка 3. степени остроты лезвия клинка 4. степени нажима в сторону лезвия при извлечении клинка	4
259.	Типичная резаная рана имеет максимальную глубину:	1. на всем протяжении раны 2. в средней части раны 3. в начальной части раны 4. в концевой части раны	3
260.	Длина основного разреза колото-резаной раны зависит от:	1. угла скоса обушка: 2. наличия бородки у клинка 3. толщины одежды в месте повреждения 4. степени нажима в сторону лезвия при вколе клинка	4
261.	Кожный лоскут с повреждением может храниться (пересылаться) для исследования в медико-криминалистическом отделении:	1. фиксированным в формалине 2. высушенном на картоне 3. фиксированным в спирте 4. пересыпанным хлористым натрием	2
262.	Исследование на наличие металлов в краях колото-резаных ран целесообразно применять:	1. во всех перечисленных выше случаях 2. для установления остроты лезвия клинка 3. для установления типа клинка 4. для дифференцирования основного и дополнительного разреза	4
263.	Иссечение кожи из области раны для дополнительного исследования наиболее целесообразно производить в форме:	1. круга 2. овала 3. трапеции 4. произвольной	2

264.	Мягкие ткани для исследования на микрочастицы стекла следует брать из:	1. краев кожной раны 2. глубоких тканей в области повреждения 3. концов кожной раны 4. глубоких слоев эпидермиса	2
265.	Для установления микрочастиц стекла не применяются:	1. эмиссионная спектрография 2. химические методы 3. рентгенологические методы 4. исследование в крайних диапазонах	3
266.	Рубленые повреждения плоских костей являются:	1. террасовидными переломами 2. линейными переломами 3. щелевидно-дырчатыми переломами 4. вколоченными переломами	3
267.	Одним из основных признаков колото-рубленого повреждения является:	1. неровность краев 2. остроугольные концы 3. осаднение краев 4. наличие дополнительного разреза	3
268.	Повреждения, причиненные ножницами с сомкнутыми браншами имеют характер:	1. колото-рубленых 2. резаных, причиненных орудием с тупым лезвием 3. колотых 4. колото-резаных без дополнительных разрезов	3
269.	При воздействии средней части лезвия топора волосы остаются не поврежденными:	1. в области концов раны 2. в средней части раны 3. на всем протяжении раны 4. в области краев раны	1
270.	Наиболее вероятной причиной смерти при резаных повреждениях в области шеи может быть:	1. жировая эмболия 2. воздушная эмболия 3. болевой шок 4. остановка сердца в результате раздражения рефлексогенной зоны	2
271.	Основным в механизме образования резаной раны является:	1. расслоение ткани клинком режущего орудия 2. рассечение тканей лезвием клинка 3. трение щечек клинка 4. степень давления на орудие для формирования повреждения	2
272.	Какое из перечисленных орудий относится к колюще-рубящим?	1. стамеска 2. топор 3. столовый нож 4. кинжал	1
273.	Какое орудие (оружие) из перечисленных относится к колюще-режущим?	1. кинжал 2. столовый нож 3. шабер 4. стамеска	1
274.	Какое орудие (оружие) из перечисленных относится к режущим?	1. стамеска 2. столовый нож 3. топор 4. кинжал	2
275.	Острыми орудиями комбинированного действия являются:	1. колющие 2. колюще-сверлящие 3. рубящие 4. колюще-режущие	4
276.	Укажите признак действия тупого лезвия клинка колюще-режущего орудия	1. гладкость краев раны и стенок раневого канала 2. малое осаднение краев основного разреза 3. выраженное осаднение краев основного разреза 4. закругление лезвийного конца основного разреза	1

277.	Колотые повреждения плоских костей являются переломами:	1. дырчатыми 2. вдавленными 3. террасовидными 4. вколоченными	1
278.	Отличительным приказом основного разреза колото-резаной раны от дополнительного является:	1. зияние раны 2. осаднение краев раны 3. отсутствие осаднения краев раны 4. наличие обоих концов острыми	2
279.	Степень зияния колото-резаной раны зависит от:	1. гладкости щечек клинка 2. крутизны скосов обушка и лезвия 3. ориентации раны относительно линий лангера 4. наличие бородки у клинка	3
280.	При резаных повреждениях волосы остаются не поврежденными:	1. в начальной части раны 2. в средней и конечной части раны 3. в начальной и средней части раны 4. в конечной части	3
281.	Длина раны (l), глубина раневого канала (h) и ширина раны (d) колотых повреждений находятся в соотношении:	1. $l < h > d$ 2. $h < l > d$ 3. $l > d > h$ 4. $l < h > d$	3
282.	Длина основного разреза колото-резаного повреждения зависит от:	1. степени нажима в сторону лезвия при извлечении клинка 2. степени выраженности ребер обушка 3. степени остроты лезвия клинка 4. степени нажима в сторону лезвия при вколе клинка	4
283.	Типичная резаная рана имеет минимальную глубину:	1. в концевой части раны 2. в средней части раны 3. на всем протяжении раны 4. в начальной части раны	1
284.	Максимальная ширина погруженной части клинка колюще-режущего орудия:	1. равна длине основного разреза 2. не менее длины основного разреза 3. закономерности при исследовании не имеет 4. не более длины основного разреза	4
285.	Кости с повреждениями для дополнительного исследования очищают от мягких тканей:	1. соскабливанием 2. вывариванием в щелочном растворе 3. вывариванием в кислотном растворе 4. мацерацией в воде	1
286.	Основные характеристики электрического тока, имеющие судебно-медицинское значение:	1. напряжение 2. сила тока (величина) 3. род тока 4. верно все	4
287.	Наиболее опасным для жизни интервалом частот переменного тока является:	1. 20-30 Гц 2. 40-60 Гц 3. 70-80 Гц 4. 5000-6000 Гц	2
288.	К наружным признакам смерти от электротравмы относится все кроме:	1. типичные или «нетипичные» электрометки 2. анизокерия 3. внутрикожные мелкоточечные кровоизлияния, в соединительные оболочки век 4. птоз верхнего века обоих глаз	4
289.	При ожоге кожи 1-й степени морфологические изменения возникают в:	1. эпидермисе 2. толще дермы 3. подкожной жировой клетчатке и коже 4. глубоких тканях	1

290.	Декомпенсация терморегуляции наступает при повышении общей температуры тела до:	1. 40 градусов 2. 41 градуса 3. 42 градусов 4. 43 градусов	3
291.	Основным механизмом наступления смерти при общем переохлаждении тела является:	1. паралич дыхательного центра 2. паралич сосудодвигательного центра 3. фибрилляция желудочков сердца 4. общее запредельное торможение центральной нервной системы	3
292.	Морфологические признаки при смерти от общего переохлаждения организма, выявляемые при внутреннем исследовании трупа:	1. полнокровие внутренних органов 2. мелкоточечные кровоизлияния на вершинах складок слизистой желудка 3. очаговые некрозы в слизистой желудка и внутренних органов 4. верно все	4
293.	Основным механизмом кессонной болезни является:	1. баротравма от повышения давления 2. кислородное отравление вследствие повышения давления воздуха в кессоне 3. азотное отравление вследствие повышения давления воздуха в кессоне 4. десатурация растворенных в воде газов при быстром выходе из кессона	4
294.	Основным механизмом «обжима» водолаза является:	1. понижение давления воздуха в шлеме скафандра 2. перераспределение крови в теле из-за вынужденной позы 3. десатурация растворенных в крови газов 4. вытеснение крови в систему верхней поллой вены	4
295.	Признаки баротравмы проявляются во всех органах кроме:	1. сердца 2. легких 3. желудочно-кишечного тракта 4. полости среднего уха	1
296.	К смерти может привести мгновенное повышение атмосферного давления:	1. более 1 АТМ 2. более 0,4 АТМ 3. более 0,2 АТМ 4. более 0,1 АТМ	1
297.	Поражающими факторами ионизирующей радиации являются:	1. альфа-частицы 2. бета-частицы 3. гамма-лучи 4. верно все	4
298.	Наибольшее общее лучевое поражение возникает при:	1. облучении 2. попадании радиоактивных веществ в легкие при вдыхании 3. попадании радиоактивных веществ на кожу 4. верно все	2
299.	Проявлениями хронической лучевой болезни являются все кроме:	1. геморрагического синдрома 2. дистрофии паренхиматозных органов 3. септических проявлений 4. апластических анемий, лейкопений	1
300.	Причины поражения техническим электричеством:	1. возникновение напряжения шага на участке земли возле человека 2. появление напряжения на отключенных частях в результате ошибочного включения установки под напряжение 3. повреждение изоляции токоведущих частей 4. верно все	4
301.	Род электрического тока:	1. постоянный	1

		2. высокочастотный 3. низкочастотный 4. переменный	
302.	Внутренние органы человека, через которые происходят опасные для жизни пути (петли) электрического тока:	1. головной мозг 2. сердце, легкие 3. легкие, головной мозг, печень 4. сердце, головной мозг	4
303.	Поражению электрическим током способствуют внешние факторы:	1. повышенная влажность воздуха 2. смачивание водой различных предметов 3. смачивание водой почвы 4. верно все	4
304.	При ожоге 2-й степени морфологические изменения возникают в:	1. толще дермы 2. дерме и подкожной жировой клетчатке 3. глубоких тканях 4. верно все	1
305.	Компонентами механизма развития ожогового шока являются:	1. болевое раздражение 2. истинная гиповолемия 3. сгущение крови 4. верно все	4
306.	Забор крови из трупа для исследования на карбоксигемоглобин производится из:	1. полостей сердца 2. пазух твердой мозговой оболочки 3. глубоких вен конечностей 4. крупных сосудов грудной или брюшной полостей	3
307.	Площадь и глубину отморожений можно установить:	1. тотчас после воздействия холода 2. после отогревания пораженной части тела 3. через 2-3 суток 4. через 5-7 суток	4
308.	Большой ионизирующей способностью обладают:	1. альфа-частицы 2. бета-частицы 3. гамма-лучи 4. поток нейтрино	1
309.	Наименьшей проникающей способностью обладают:	1. альфа-частицы 2. бета-частицы 3. гамма-лучи 4. поток нейтронов	1
310.	Наиболее частыми причинами смерти от острой лучевой болезни являются все кроме:	1. кровотечения 2. интоксикация и кахексия 3. инфекционные осложнения 4. злокачественные опухоли	4
311.	Поражение электрическим током в медицинских учреждениях происходит в результате:	1. нарушения изоляции в осветительной сети, приборах, розетках, выключателях 2. непосредственного использования медицинских приборов 3. использования электронагревательных и других бытовых приборов 4. верно все	4
312.	Механическое действие электрического тока на организм проявляется во всех случаях кроме:	1. разрывов внутренних органов 2. вывихов конечностей 3. разрывов скелетных мышц 4. отрывов конечностей	1
313.	Ожоги возникают от действия:	1. раскаленных газов 2. раскаленных предметов 3. тепловой радиации 4. верно все	4

314.	Тяжесть ожоговой травмы зависит от всех ниже перечисленных факторов кроме:	1. глубины ожога 2. площади ожога 3. локализации ожога 4. степени ожога	3
315.	Морфологические изменения при ожоге 4-й степени возникают в:	1. толще дермы 2. дерме и подкожной жировой клетчатке 3. глубоких тканях 4. верно все	4
316.	При общем тепловом поражении причиной наступления смерти может быть:	1. паралич дыхательного центра 2. нарушение ферментной и гормональной регуляции 3. общее запредельное торможение нервной системы 4. верно все	1
317.	Для действия ионизирующей радиации на организм человека не характерно:	1. разрушение тонких ферментных систем 2. образование вредоносных ионов из воды и тканевых сред 3. расстройство нервной регуляции жизнедеятельности 4. генетическое нарушение в клетках	3
318.	Период разгара при острой лучевой болезни клинически проявляется во всех признаках кроме:	1. лейкемии 2. геморрагического синдрома 3. панцитопении 4. истощении костного мозга	1
319.	Лучевая болезнь легкой степени возникает при поглощении общей дозы радиации не менее:	1. 100 рад 2. 100-200 рад 3. 200-400 рад 4. 400-600 рад	1
320.	К факторам, повышающим чувствительность организма к воздействию электрического тока относят:	1. перегревание 2. кровопотерю 3. снижение общей сопротивляемости 4. верно все	4
321.	Клинические проявления, которые не наблюдаются со стороны центральной нервной системы при несмертельной электротравме:	1. потеря сознания, головные боли, головокружение, рвота 2. параличи конечностей 3. судороги 4. преходящие парезы конечностей и языка	2
322.	После воздействия атмосферного электричества на местности обнаруживаются все кроме:	1. расщепленных и обгоревших деревьев 2. спекшихся комьев земли и песка 3. оплавленных металлических предметов 4. частичного испарения из водоема	4
323.	К макроскопическим изменениям органов и тканей трупа при смерти от электротравмы относится все кроме:	1. отек ложа желчного пузыря 2. полнокровия внутренних органов 3. темной жидкой крови в полостях сердца и крупных сосудах 4. множественных кровоизлияний под серозные оболочки сердца, легких и других паренхиматозных органов	1
324.	Морфологические изменения при ожоге 3-А и 3-Б степени возникают во всех участках кроме:	1. эпидермиса 2. толще дермы 3. дерме и подкожной жировой клетчатке 4. глубоких тканей	4
325.	Минимальной концентрацией карбоксигемоглобина, свидетельствующей о прижизненном пребывании в атмосфере пожара является:	1. 20% 2. 40% ' 3. 50 % 4. более 50 %	1
326.	Морфологические изменения при отморожении 3-й	1. эпидермиса 2. дермы	4

	степени проявляются везде кроме:	3. подкожной жировой клетчатке 4. глубоких тканях	
327.	Морфологические признаки, свидетельствующие о прижизненном пребывании в очаге пожара:	1. наличие копоти в носу, трахее, бронхах, альвеолах 2. присутствие копоти во внутренних органах 3. ожоги дыхательных путей 4. верно все	4
328.	Первичная реакция на лучевое поражение проявляется всем кроме:	1. психомоторного возбуждения 2. снижения лейкоцитоза в периферической крови 3. повышения лейкоцитоза в периферической крови 4. явлениями «раздражения» костного мозга	2
329.	Морфологические особенности при смерти от острой лучевой болезни:	1. выраженный геморрагический синдром 2. сепсис 3. дистрофические изменения паренхиматозных органов 4. кахексия	1
330.	Виды электричества, имеющие судебно-медицинское значение:	1. статическое 2. промышленное 3. техническое 4. верно все	3
331.	Безопасным напряжением (по ГОСТу) при низком значении силы тока считается:	1. 380 В 2. 500 В 3. 1000 В 4. 3000 В	3
332.	К макроскопическим изменениям костей, которые могут быть выявлены при внутреннем исследовании трупа при воздействии электрического тока высокого напряжения относится все кроме:	1. переломов одной или нескольких трубчатых костей 2. дырчатых переломов костей черепа 3. растрескивания костей черепа 4. расхождения швов черепа	2
333.	Виды микроскопического исследования электрометок кожи:	1. УФ-микроскопия 2. непосредственная микроскопии (стереомикроскопия) 3. ИК-микроскопия 4. электронная микроскопия	2
334.	К физико-техническим методам, применяемым при диагностике поражения молнией относится все кроме:	1. непосредственной микроскопии (стереомикроскопии) 2. спектральному 3. рентгенологическому 4. трассологическому	4
335.	Виды прижизненного воздействия на организм высокой температуры:	1. кратковременное 2. длительное 3. общее 4. верно все	3
336.	Без рубцевания заживают ожоги:	1. 1 степени 2. 3 степени 3. 4 степени 4. верно все	1
337.	Морфологические изменения при отморожении 2-й степени возникают в:	1. дерме 2. подкожной жировой клетчатке 3. глубоких тканях 4. верно все	1
338.	Характерным признаком в случае гибели водолаза от «обжима» является:	1. отсутствие трупных пятен на туловище и конечностях 2. экхимотическая маска 3. карминовый отек легких 4. газовая эмболия малого и большого круга	2

339.	Растрескивание черепа в результате его промерзания отличается от прижизненных переломов по:	1. локализации 2. направлению линий 3. соотношению признаков сжатия и растяжения костной ткани в краях переломов 4. не отличаются друг от друга	3
340.	Смертельной концентрацией карбоксигемоглобина в крови является:	1. 20 % 2. 40 % 3. 50 % 4. более 50%	4
341.	Наиболее высокой проникающей способностью обладают:	1. альфа-частицы 2. бета-частицы 3. гамма-лучи 4. верно все	3
342.	Особенностью лучевых ожогов по сравнению с термическими является:	1. позднее проявление ожогов 2. наличие геморрагических проявлений 3. четкая ограниченность от неповрежденных тканей 4. длительное нагноение ожоговых ран	2
343.	При гистологическом исследовании хронических субдуральных гематом выделяют поверхность капсулы:	1. арахноидальную 2. мозговую 3. верхнюю 4. боковую	1
344.	Фазами травмирования при фронтальном столкновении легкового автомобиля с пешеходом являются все, кроме:	1. соударения частей автомобиля с телом человека 2. падения тела человека на автомобиль 3. соударения тела с колесом и последующего его отбрасывания на грунт 4. скольжения тела человека по грунту	3
345.	Типичным повреждением черепа у водителя при столкновении автомобиля является:	1. вдавленный перелом лобной или теменных костей 2. 2-х сторонний дырчатый перелом теменных или височных костей 3. «паутонообразный» перелом костей черепа 4. линейный перелом затылочной кости	1
346.	Формирование повреждений в первой фазе травмирования водителя в салоне автомобиля при фронтальном столкновении последнего происходит в результате:	1. сдавления тела сместившимися частями салона 2. сдавления неподвижными частями салона 3. трения о части салона автомобиля 4. удара и общего сотрясения тела	4
347.	Наиболее вероятным, из ниже перечисленных, повреждением у пассажира переднего сидения легкового автомобиля при фронтальном столкновении последнего является:	1. центральный перелом нижней челюсти 2. множественные 2-х сторонние переломы ребер 3. поперечный перелом грудины 4. «хлыстообразный» перелом шейных позвонков	4
348.	Для поперечного переезда колесами автомобиля через грудную клетку характерны все признаки, кроме:	1. обширной подкожной эмфиземы 2. компрессионных переломов грудного отдела позвоночника 3. «карманообразного» отслоения мягких тканей 4. «первичного щипка» на коже	2
349.	Типичными повреждениями у пешехода при столкновении последнего с	1. полосовидных ссадин и ушибленных ран на голених 2. неполной травматической ампутации голени 3. параллельных друг другу множественных ссадин 4. широких вертикальных ссадин на конечностях	4

	мотоциклом являются все, кроме:		
350.	Для переезда железнодорожным транспортом через тело человека не характерно:	1. наличие клиновидного дефекта 2. расчленение туловища и отрывы конечностей 3. ушибленные раны в проекции голеностопных суставов 4. полоса давления и полосы обтирания на коже	3
351.	Объем повреждений при переезде гусеничным транспортом через тело человека, обусловлен всеми факторами, кроме:	1. массой гусеничного транспорта 2. шириной гусениц транспортного средства 3. прерывистостью движения гусениц 4. небольшой скоростью гусеничного транспорта	4
352.	Повреждения на плавсредствах образуются в результате всех случаев, кроме:	1. сдавления между причалом и плав средством 2. падение со стоящего плав средства в воду 3. повреждение тела тросом при швартовке плавсредства 4. столкновения плывущего плав средства с неподвижной преградой	2
353.	Типичным признаком при поперечном переезде гусеничного трактора через тело человека является:	1. расчленение тела 2. отрывы конечностей 3. кровоизлияния в подвешивающий аппарат внутренних органов 4. деформация частей тела	4
354.	Для травмирования тела человека механическим плавсредством при швартовке последнего характерно:	1. множественные 2-х сторонние конструкционные переломы ребер 2. винтообразные переломы конечностей 3. вдавленный перелом теменной кости 4. обширные «рубленные» раны туловища	4
355.	Формирование повреждений в третьей фазе полного переезда колесами автомобиля через тело человека происходит в результате:	1. удара колесом 2. трения о грунт и колесо 3. удара о грунт и сотрясения тела 4. сдавления между колесом и дорогой	4
356.	К характерным повреждениям у пассажира переднего сидения при фронтальном столкновении легкового автомобиля относятся:	1. перелом шейки бедренной кости 2. перелом пяточной и таранной костей 3. оскольчатый перелом подвздошной кости 4. диафизарные переломы бедренных костей	4
357.	Направление действия травмирующей силы при фронтальном столкновении грузового автомобиля с пешеходом можно определить:	1. по клиновидному осколку бедренной кости, основанием указывающему место приложения травмирующей силы 2. по клиновидному осколку, вершиной указывающему место приложения травмирующей силы 3. формирование клиновидного фрагмента не характерно для столкновения грузового автомобиля с пешеходом 4. нет четкой закономерности	1
358.	Полоса травматической «буллезной эмфиземы» при поперечном переезде через грудную клетку локализуется на:	1. всей площади передней поверхности легких 2. стороне действия травмирующей силы 3. противоположной действию травмирующей силы стороне 4. всей площади задней поверхности легких	3
359.	К авиационной травме относятся все случаи, кроме:	1. падения из летящего воздушного средства 2. повреждения в результате воздействия вращающихся винтов 3. падения со стоящего воздушного средства 4. катапультирования из летящего воздушного средства	3

360.	О положении тела на железнодорожных путях в момент переезда колесами железнодорожного транспорта можно судить по всем признакам, кроме:	1. характеру лампасовидных разрывов кожи 2. характеру клиновидного дефекта тканей 3. взаимоположению полос давления и обтирания 4. по выраженности полос давления	4
361.	При травме гусеничным трактором ведущим механизмом является:	1. удар выступающими частями трактора 2. общее сотрясение тела 3. сдавление тела между гусеницами и грунтом 4. отбрасывание тела и трение его о грунт	3
362.	Направление действия травмирующей силы при поперечном переезде колесами автомобиля через грудную клетку можно определить по:	1. характеру переломов лопаток 2. количеству переломов грудины 3. характеру повреждений остистых отростков 4. степени перемещения внутренних органов	3
363.	Для травмы от действия гребных винтов плавсредства характерны все повреждения, кроме:	1. линейного «перелома-разруба» костей черепа 2. ран одинаковой направленности, напоминающих рубленые 3. отделения части конечности 4. множественных 2-х сторонних переломов ребер	4
364.	При разгерметизации воздушного средства возникают все повреждения, кроме:	1. разрывов барабанных перепонок 2. разрывов мелких бронхов и альвеол 3. кровоизлияний в полость среднего уха 4. карминового отека легких	4
365.	В задачи судебно-медицинского эксперта при авиакатастрофе не входит:	1. определить наличие алкоголя или наркотических веществ в крови пилотов 2. определить причину смерти пилотов и пассажиров 3. установить род смерти 4. установить местонахождение пилотов и пассажиров	3
366.	Наиболее характерными повреждениями у водителя мотоцикла при фронтальном столкновении с преградой являются:	1. подкожные гематомы на наружной поверхности бедер 2. полосовидные кровоподтеки на коже груди 3. кровоподтеки, ссадины и раны в области промежности 4. множественные кровоподтеки нижних конечностей	3
367.	К характерным повреждениям верхних конечностей у водителя при травме в салоне легкового автомобиля при его фронтальном столкновении относятся:	1. ссадины и кровоподтеки тыльной поверхности кистей 2. рваные раны в четвертом межпальцевом промежутке 3. ушибленно-рваные раны в первом межпальцевом промежутке 4. резаные раны ладонной поверхности кистей	3
368.	Фазами травмирования при полном переезде колесом автомобиля через тело человека являются все, кроме:	1. отбрасывания тела колесом и падение его на грунт 2. толкания тела колесом 3. въезда колеса на тело 4. перекатывания колеса через тело	1
369.	В первой фазе столкновения движущегося железнодорожного транспорта с человеком, повреждения возникают от:	1. непосредственного удара тела о части локомотива 2. удара о полотно дороги 3. удара о полотно дороги и общего сотрясения тела 4. трения тела о полотно дороги	1
370.	Характерными повреждениями от воздействия вращающегося	1. ушибленные и рваные раны головы 2. обширные «рубленые» раны туловища 3. множественные ссадины на различных частях тела 4. ушибленные раны на выступающих частях лица	2

	винта воздушного средства являются:		
371.	Для поперечного переезда колесами автомобиля через область живота не характерно:	1. перемещение органов брюшной полости в грудную 2. полоса травматической «буллезной эмфиземы» 3. разрывы кожи в паховых областях 4. разрывы диафрагмы	2
372.	Типичными повреждениями у пассажиров воздушного средства при взрыве последнего в воздухе являются все, кроме:	1. расчленения туловища и отрывов конечностей 2. обширных ожогов тела 3. размозжения внутренних органов 4. разрывов прямых мышц передней брюшной стенки	4
373.	Полоса травматической «буллезной эмфиземы» при продольном переезде через грудную клетку формируется на:	1. нижних или верхних отделах легких 2. всей площади передней поверхности легких 3. всей площади задней поверхности легких 4. нет четкой закономерности	1
374.	Характерными признаками третьей фазы столкновения рельсового транспорта с человеком являются все, кроме:	1. полосы давления и полос обтирания 2. множественные параллельные ссадины на теле 3. загрязнения кожи балластным слоем пути 4. множественных разрывов одежды от трения по грунту	1
375.	К железнодорожной травме относятся все механизмы образования повреждений, кроме:	1. удара выступающими частями локомотива 2. переезда колесами железнодорожного транспорта 3. разряда электрического тока в момент пребывания человека на крыше движущегося железнодорожного транспорта 4. сдавления между двумя локомотивами	3
376.	Во второй фазе столкновения движущегося железнодорожного транспорта с человеком повреждения возникают от:	1. непосредственного удара тела о части локомотива 2. непосредственного удара тела о полотно дороги 3. сдавления тела в автосцепном механизме 4. трения тела о полотно дороги	2
377.	Направление переезда гусеничным транспортом через тело можно определить по следующему признаку:	1. вершина лоскута рвано-ушибленной раны направлена в сторону противоположную переезду 2. вершина лоскута рвано-ушибленной раны совпадает с направлением переезда 3. четкой закономерности нет 4. рвано-ушибленные раны формируются только при травме колесными тракторами	2
378.	Полосы давления на коже при неполном разделении туловища при железнодорожной травме имеют ширину:	1. 2-3,5 см 2. 7-7,5 см 3. 20-22 см 4. 8-14 см	4
379.	Формирование повреждений при боковом выпадении пассажира из движущегося грузового автомобиля происходит в результате всех механизмов, кроме:	1. удара тела о части автомобиля 2. удара тела о грунт и общего сотрясения тела 3. удара колесом о тело 4. трения тела о грунт	3
380.	Одной из фаз травмирования тела человека при его сдавлении между движущимися автомобилями является:	1. сдавление тела между автомобилем и неподвижной преградой 2. падение тела на автомобиль 3. соударение частей автомобиля с телом 4. прижатие тела сместившимися частями кабины	3

381.	Характерными признаками при фронтальном столкновении грузового автомобиля с пешеходом являются все, кроме:	1. следов скольжения на подошвенной поверхности обуви 2. экхимозов на коже лица и шеи 3. полосовидных параллельных друг другу ссадин от трения о грунт 4. оскольчатых переломов бедренной кости («бампер-переломов»)	2
382.	Типичными повреждениями у водителя при фронтальном столкновении легкового автомобиля являются все, кроме:	1. ссадин и кровоподтеков в виде полукольца на передней поверхности грудной клетки 2. кровоподтеков и ссадин в эпигастральной области 3. множественных резаных ран лица 4. ушибленных ран подбородочной области	3
383.	Направление переезда колесами автомобиля через тело человека можно определить по:	1. перемещению внутренних органов 2. локализации разрывов печени 3. количеству разрывов селезенки 4. ни один из признаков не позволяет установить направление переезда	4
384.	Специфическими признаками при фронтальном столкновении автомобиля с телом человека являются все, кроме:	1. ссадин, отображающих форму и размеры облицовки радиатора автомобиля 2. кровоподтеков, соответствующих по форме и размерам фар автомобиля 3. кровоподтеков и ссадин, отображающих фирменную эмблему на капоте 4. «карманов» заполненных кровью от трения о выступающие части дверцы автомобиля	4
385.	«Хлыстообразный перелом» позвонков шейного отдела позвоночника формируется при:	1. столкновении легкового автомобиля с неподвижной преградой и пересгибания шейного отдела позвоночника 2. ударе в заднюю часть легкового автомобиля и переразгибания шейного отдела позвоночника 3. обоих указанных случаях 4. четкая закономерность в формировании повреждения отсутствует	3
386.	Падение водителя вперед с движущегося мотоцикла при столкновении последнего с неподвижной преградой характеризуется повреждениями:	1. множественными ушибленными ранами затылочной области 2. кровоподтеками, ссадины и ранами в области наружных половых органах 3. полосчатыми кровоподтеками на передней брюшной стенке 4. деформацией частей тела	2
387.	Повреждения при столкновении движущегося железнодорожного транспорта с человеком возникают в результате всех механизмов, кроме:	1. удара выступающими частями локомотива 2. продвижения тела по полотну дороги 3. сдавление тела между вагонами 4. отбрасывания тела на полотно дороги	3
388.	О направлении движения при переезде колесами железнодорожного транспорта позволяет судить:	1. выраженность клиновидного дефекта 2. характер расчленения тела 3. выраженность кровоизлияний в мягкие ткани 4. характер замятых складок на одежде	4
389.	Типичными повреждениями у пилотов воздушного средства при ударе последнего о землю являются все, кроме:	1. ушибленных ран ладонной поверхности кистей 2. ушибленных ран лобной области 3. многофрагментарных переломов пястных костей 4. полосы травматической «буллезной эмфиземы»	4
390.	Характерным признаком при переезде гусеницами	1. полосовидные ссадины и кровоподтеки, направленные параллельно линии переезда	4

	трактора через тело человека является:	2. рвано-ушибленные раны, расположенные параллельно линии переезда 3. множественные ссадины и кровоподтеки на различных поверхностях тела 4. множественные однонаправленные ссадины и кровоподтеки, расположенные на одинаковом расстоянии друг от друга	
391.	Формирование повреждений у пешехода в первой фазе при фронтальном столкновении грузового автомобиля с пешеходом происходит в результате:	1. непосредственного удара тела о грунт 2. трения тела о грунт 3. удара выступающими частями автомобиля и общего сотрясения тела 4. набрасывания тела на кузов автомобиля	3
392.	Фазами травмирования при боковом выпадении пассажира из кузова движущегося автомобиля являются все, кроме:	1. соударения тела с частями автомобиля 2. падения тела на грунт 3. волочения тела по грунту 4. скольжения тела по грунту	3
393.	При фронтальном столкновении автомобиля с пешеходом характерным признаком является:	1. «хлыстообразный» перелом позвонков шейного отдела позвоночника 2. отпечаток протектора колеса на коже и одежде 3. следы скольжения на подошвенной поверхности обуви 4. перемещение органов брюшной полости в грудную	3
394.	Одной из фаз травмирования водителя в салоне автомобиля при фронтальном столкновении последнего является:	1. выпадение из кабины автомобиля и удар телом о колесо 2. трение тела о неподвижные части салона автомобиля 3. соударение тела с неподвижными преградами 4. прижатие тела сместившимися частями салона автомобиля	4
395.	Для травмы грудной клетки у водителя при фронтальном столкновении легкового автомобиля не характерны:	1. 2-х сторонние конструкционные переломы 4-10 ребер 2. поперечные переломы грудины 3. 2-х сторонние локальные переломы 4-10 ребер 4. разрывы грудино-ключичного сочленения	3
396.	Формирование повреждений во второй фазе при фронтальном столкновении легкового автомобиля с пешеходом происходит в результате:	1. удара тела о выступающие части автомобиля 2. удара тела о грунт и общего сотрясения 3. удара телом о выступающие части автомобиля и общего сотрясения тела 4. набрасывания тела на корпус автомобиля	4
397.	Для травмы нижних конечностей у пассажира переднего сидения при фронтальном столкновении автомобиля не характерны:	1. поперечные переломы надколенников 2. винтообразные переломы костей голени 3. оскольчатый перелом бедренных костей 4. задне-верхние вывихи головки бедренной кости	2
398.	При поперечном переезде колесами автомобиля через тело характерными являются все признаки, кроме:	1. отрыва частей тела 2. деформации частей тела с разрывами кожи 3. травматической «буллезной эмфиземы» 4. ссадин или кровоподтеков, отображающих рисунок протектора	1
399.	При поперечном переезде колесами автомобиля через область груди о направлении действия травмирующей силы можно судить по всем признакам, кроме:	1. локализации «первичного щипка» 2. локализации «карманов», заполненных кровью 3. асимметричной деформации грудной клетки 4. локализации полосы давления	4

400.	Признаком переезда колесами железнодорожного транспорта через тело человека является:	1. подкожная эмфизема 2. поясок металлизации 3. «карманы» заполненные кровью 4. полоса давления	4
401.	При судебно-медицинской экспертизе по поводу изнасилования эксперт не должен:	1. установить наличие, характер, время возникновения повреждения 2. определить механизм образования повреждения 3. изъять содержимое влагалища и наружного зева шейки матки 4. установить или исключить факт изнасилования	4
402.	Зрелость плода определяют по всем признакам, кроме:	1. воздушности легких 2. состоянию хрящей носа и ушных раковин 3. степени развития половых органов 4. ядрам окостенения	1
403.	По результатам плавательной пробы с желудочно-кишечным трактом можно установить:	1. живорожденность 2. род смерти 3. причину смерти 4. длительность внутриутробной жизни	1
404.	Демаркационное кольцо в месте прикрепления пуповины к брюшной стенке обычно хорошо выражено после рождения младенца	1. через 2-4 часа 2. через 10-12 часов 3. к концу 1-х суток 4. к концу 7-х суток	3
405.	Направление действия травмирующей силы при переезде железнодорожным транспортом через тело человека можно определить по следующему признаку:	1. вершины замятых складок одежды указывают на направление движения 2. основания замятых складок одежды указывают на направление движения 3. складки на одежде при переезде формируются хаотично и закономерности нет 4. формирование складок на одежде не характерно для железнодорожной травмы	1
406.	Направление действия травмирующей силы при переезде железнодорожным транспортом через тело человека можно определить по следующему признаку:	1. вершина кожного лоскута указывает на направление движения 2. основание кожного лоскута указывает на направление движения 3. формирование кожного лоскута не характерно для железнодорожной травмы 4. четкой закономерности не существует	1
407.	Родовая опухоль обычно рассасывается в течение	1. 1-х суток 2. 2-3 дней 3. одной недели 4. 2-х недель	2
408.	Меконий удаляется обычно из толстой кишки после рождения ребенка через:	1. несколько часов 2. 1-2 дня 3. 4-5 суток 4. 7-9 суток	2
409.	Под доношенностью младенца понимают:	1. степень физического развития плода к моменту родов 2. способность продолжить жить вне организма матери 3. срок нахождения плода в организме матери 4. уровень нервно-психического развития	3
410.	Легкие дышавшего и не дышавшего ребенка характеризуются всеми проявлениями, кроме:	1. воздушностью 2. рентгенологической картиной 3. микроскопическими изменениями 4. результатами пробы на пневмоторакс	4

411.	При микроскопическом исследовании легких мертворожденного ребенка наблюдаются все признаки, кроме:	1. спавшиеся альвеолы и бронхиолы 2. кубический альвеолярный эпителий 3. эластические волокна в виде спиралей 4. плоский альвеолярный эпителий	4
412.	Под жизнеспособностью младенца понимают	1. продолжительность жизни после рождения 2. способность продолжать жить вне организма матери 3. срок нахождения плода в организме матери 4. период времени от рождения ребенка	2
413.	Об уходе за новорожденным свидетельствуют все признаки, кроме:	1. перевязанная пуповина 2. наличие молока в желудке 3. наличие мекония в толстой кишке 4. отсутствие сыровидной смазки	3
414.	Жизнеспособность младенца определяется всеми пробами, кроме:	1. отсутствию пороков развития и заболеваний, несовместимых с жизнью 2. массе тела 3. длине тела 4. результатам легочной и желудочно-кишечной плавательных проб	4
415.	При производстве судебно-медицинской экспертизы потерпевших, обвиняемых по определению тяжести вреда здоровью эксперт не руководствуется:	1. УК РФ 2. УПК РФ 3. МЭС 4. правилами судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью	3
416.	Судебно-медицинская экспертиза потерпевших, обвиняемых проводится на основании:	1. распоряжения начальника бюро 2. постановления органов следствия 3. предложения комитета по здравоохранению 4. ходатайства суда	2
417.	При судебно-медицинском обследовании судебно-медицинский эксперт не должен:	1. выявить и описать повреждения 2. установить характер, локализацию и свойства повреждений 3. определить групповые признаки травмировавшего предмета 4. определить тяжесть причиненного вреда здоровью	3
418.	Если не предоставлены необходимые медицинские документы при проведении экспертизы потерпевшего по поводу определения тяжести вреда здоровью эксперт может:	1. попросить потерпевшего принести имеющиеся у него документы 2. заявить ходатайство следователю о предоставлении соответствующих документов 3. изъять и приобщить к заключению эксперта имеющиеся на руках потерпевшего документы 4. сообщить потерпевшему о необходимости документов	2
419.	Можно ли проводить экспертизу по поводу определения тяжести вреда здоровью только по медицинским документам без обследования потерпевшего:	1. нельзя 2. можно 3. допускается в исключительных случаях 4. допускается только с разрешения начальника Обл бюро	3
420.	При судебно-медицинской экспертизе потерпевшего судебно-медицинский эксперт составляет:	1. акт судебно-медицинской экспертизы 2. акт судебно-медицинского освидетельствования 3. заключение эксперта 4. акт судебно-медицинского исследования	3
421.	При судебно-медицинском обследовании составляется:	1. заключение эксперта 2. акт осмотра освидетельствуемого	3

		3. акт судебно-медицинского обследования 4. протокол осмотра потерпевшего	
422.	Оценка тяжести вреда здоровью обязательно проводится комиссионно с участием врачей-экспертов других специальностей при наличии всех последствий, кроме:	1. прерывания беременности 2. психического расстройства, заболеваний наркоманией или токсикоманией 3. неизгладимого обезображения лица 4. вреда здоровью, возникшего в результате дефектов оказания медицинской помощи	3
423.	При судебно-медицинской экспертизе по поводу изнасилования эксперт не должен:	1. установить наличие, характер и время возникновения повреждений 2. определить механизм образования повреждений 3. изъять содержимое влагалища и наружного зева шейки матки 4. установить или исключить факт изнасилования	4
424.	При оценке результатов исследования содержимого влагалища на наличие спермы для решения вопроса о совершении полового акта эксперт должен учитывать все данные, кроме:	1. время, прошедшее после совершения полового акта 2. спринцевание половых органов 3. использование противозачаточных средств 4. состав подногтевого содержимого подозреваемого	4
425.	При наличии повреждений лица потерпевшего судебно-медицинский эксперт не устанавливает:	1. характер повреждения и механизм его образования 2. давность образования 3. изгладивость повреждения 4. обезображение лица	4
426.	Судебно-медицинская экспертиза живых лиц документируется:	1. протоколом освидетельствования 2. судебно-медицинской справкой 3. выпиской из истории болезни 4. заключением эксперта	4
427.	Квалифицирующими признаками тяжкого вреда здоровью являются все, кроме:	1. потеря зрения, речи, слуха 2. потеря органа, либо утрата органом функции 3. неизгладимое обезображение шеи 4. прерывание беременности	3
428.	При наличии повреждения, являющегося опасным для жизни, предотвращение смертельного исхода в результате оказания медицинской помощи:	1. не изменяет оценку тяжести вреда здоровью, как опасного для жизни 2. позволяет оценить вред здоровью по длительности расстройства здоровья 3. исключает опасность для жизни и вред здоровью оценивается по любому другому имеющемуся признаку 4. изменяет оценку при неблагоприятном исходе	1
429.	Установление способа причинения повреждений (побои, истязания) входит в компетенцию:	1. органов дознания, предварительного следствия и суда 2. судебно-медицинского эксперта 3. как судебно-медицинского эксперта, так и правоохранительных органов 4. несколькими экспертами	1
430.	Наличие обезображения лица устанавливает	1. врач-косметолог 2. судебно-медицинский эксперт 3. суд 4. судебно-медицинский эксперт совместно с косметологом	3
431.	Под значительной стойкой утратой общей трудоспособности понимается утрата трудоспособности:	1. не менее одной трети 2. от 10 до 30% 3. менее 10% 4. равная 5%	1

432.	Под длительным расстройством здоровья понимают временную утрату трудоспособности:	1. от 10 до 30% 2. не свыше 3 недель (21 день) 3. свыше 3 недель 4. более 30%	3
433.	При оценке тяжести вреда здоровью небольшие ссадины, кровоподтеки, поверхностные раны:	1. оцениваются как легкий вред здоровью 2. расцениваются как вред здоровью средней тяжести 3. не расцениваются как вред здоровью 4. оцениваются как легкий если находятся на лице	3
434.	Отрицательный результат исследования содержимого влагалища на наличие спермы, в случаях изнасилования:	1. исключает изнасилование 2. исключает совершение полового акта 3. не исключает совершение полового акта 4. исключает совершение полового акта и изнасилования	3
435.	К угрожающим жизни состояниям относят все кроме:	1. кому различной этиологии 2. проникающие ранения позвоночника, в том числе и без повреждения спинного мозга 3. шок I - II степени различной этиологии 4. ушиб головного мозга тяжелой степени без поражения стволовой части	3
436.	Под симуляцией понимают:	1. преувеличение симптомов имеющегося заболевания 2. воспроизведение несуществующей болезни 3. преуменьшение симптомов имеющегося заболевания 4. сокрытие существующей болезни	2
437.	Под аггравацией понимают:	1. преувеличение симптомов имеющегося заболевания 2. воспроизведение несуществующей болезни 3. преуменьшение симптомов имеющегося заболевания 4. сокрытие существующей болезни	1
438.	Под незначительной стойкой утратой трудоспособности следует понимать:	1. стойкую утрату общей трудоспособности, равную 5% 2. стойкую утрату общей трудоспособности более 5% 3. стойкую утрату общей трудоспособности, равную 10% 4. стойкую утрату общей трудоспособности	1
439.	При наличии повреждений, возникших от неоднократных травматических воздействий тяжесть вреда здоровью, обусловленную каждым травматическим воздействием оценивают:	1. отдельно 2. в совокупности со всеми 3. в зависимости от механизма образования всех повреждений 4. в зависимости от давности образования каждого повреждения	1
440.	Последствия действий, причиняющихся путем длительного лишения пищи, питья и тепла, определяют как:	1. мучения 2. истязания 3. страдания 4. тяжкие страдания	1
441.	Опасным для жизни вредом здоровью Правилами не предусмотрены:	1. телесные повреждения 2. заболевания 3. индивидуально протекающие патологические процессы 4. патологические состояния	3
442.	Опасным для жизни вредом здоровью являются термические ожоги 3 степени с площадью поражения более:	1. 10% поверхности тела 2. 15% поверхности тела 3. 20% поверхности тела 4. 25% поверхности тела	2
443.	Под расстройством здоровья, соединенного со стойкой	1. не менее чем на 25% 2. не менее чем на 30%	3

утратой общей трудоспособности не менее чем на 1/3, понимают утрату общей трудоспособности в размере:	3. не менее чем на 35% 4. не менее чем на 33%	
---	--	--

Вид оценочного средства: ситуационные задачи к разделам 2-3

Задача 1. Труп несовершеннолетней Н., 12 лет, обнаружен матерью в своей квартире в положении лежа на кровати с повреждением в области живота, с большим количеством подсохшей бурой жидкости рядом с трупом. На кожных покровах передней брюшной стенки справа в 11 см от средней линии живота, на 3,5 см ниже края подреберья рана веретенообразной формы. При сближении краев они плотно соприкасаются, рана приобретает линейный вид и имеет длину 1,8 см. Края раны ровные, не осаднены, один конец М-образный, противоположный – острый. Стенки раны гладкие, отвесные. В глубине раны пропитанная кровью жировая клетчатка. В брюшной полости 2400 мл жидкой крови с рыхлыми сгустками. Соответственно ране на коже живота в пристеночной брюшине справа в 12 см от средней линии живота на 2,7 см ниже края подреберья овальная рана 2,2х0,3 см. На нижней поверхности правой доли печени в 2,5 см от переднего края зияющая веретенообразная рана длиной 2 см с расхождением краев на 0,3 см, переходящая в раневой канал, идущая кзади и несколько кверху, слепо заканчивающаяся в ткани печени. 40 Длина раневого канала в печени 7,4 см. Канал имеет постоянное поперечное сечение в виде узкой щели, длиной 2,2 см на протяжении первых 5 см; затем на протяжении 2,4 см щель постепенно укорачивается и сходит на нет. Общая длина раневого канала 10 см. Отмечается малокровие внутренних органов. В подкожно-жировой клетчатке в области повреждения темно-вишневые кровоизлияния. При медико-криминалистическом исследовании: колото-резаная рана с признаками воздействия клинка колюще-режущего орудия, имеющего лезвие и обух. Ширина клинка в слеодообразующей части могла быть около 18 мм, толщина обуха могла быть 1 мм.

1. Определить наличие повреждений, их вид, характер, локализацию.
2. Каков механизм повреждения?
3. Решить вопрос о прижизненности (давности) повреждений.
4. Какова тяжесть вреда, причиненного здоровью человека?
5. Какова причина смерти?

Эталон ответа.

1. При экспертизе трупа несовершеннолетней Н., 12 лет, обнаружено проникающее ранение живота с повреждением правой доли печени и массивной кровопотерей в брюшной полости (2400 мл жидкой крови с рыхлыми сгустками).

2. Учитывая преобладание глубины раны над ее длиной, рана имела ровные, неосадненные края, один конец М-образный, второй – острый, можно утверждать, что данное повреждение возникло от воздействия орудия, обладающего колюще-режущими свойствами с шириной клинка в слеодообразующей части около 1,8 см, толщиной обуха 0,1 см. Указанный вывод подтверждается также данными дополнительного исследования.

3. Наличие кровоизлияний в мягких тканях в области повреждения и по ходу раневого канала дает основание утверждать, что повреждение является 43 прижизненным. Указанный вывод подтверждается обнаружением признаков массивной кровопотери. Учитывая характер повреждения и признаки массивной кровопотери, смерть наступила в короткий промежуток времени, исчисляемый десятками минут. Для решения вопроса по существу необходимо изучение материалов дела.

4. Согласно медицинским критериям (приказ №194н от 24.04.2008г п.6.1.15.), рана живота, проникающая в брюшную полость, является опасным для жизни вредом здоровью и по этому признаку квалифицируется как тяжкий вред, причиненный здоровью человека.

5. Обнаружение признаков массивной кровопотери дает основание утверждать, что причиной смерти явилась кровопотеря вследствие колото-резаного ранения живота, сопровождавшегося повреждением брюшины и правой доли печени.

Задача 2. Придя домой с работы гр-ка И. обнаружила мужа – гр-на. С, 57 лет, мертвым, лежащим на кровати с обширной раной на голове. Из квартиры с ее слов были украдены вещи, драгоценности, деньги. На голове в левой теменной области зияющая продолговатой формы рана 12х0,6 см, с ровными краями. Задневерхний угол раны П-образный, передне- нижний острый. В глубине раны видна поврежденная теменная кость и вещество головного мозга. Рана проникает на глубину 5 см. Направление раны косопоперечное: сверху вниз, сзади наперед, несколько справа налево. В мягких тканях головы в области кожной раны имеется темно-красное кровоизлияние, размерами 14х1 см, повреждение левой теменной кости в виде удлиненного остроугольного треугольника, основание которого направлено кзади, вверх и вправо, а вершина – вперед, вниз и влево. От углов, прилегающих к основанию треугольного повреждения отходят трещины во взаимно противоположные стороны на протяжении 1,5х2 см. Размеры поврежденного участка кости 9х0,4 см. Толщина кости в месте повреждения 0,5 см. Соответственно повреждению костной ткани имеется повреждение вещества головного мозга левой теменной доли, на участке 7х0,3 см, глубиной до 4 см (в области заднее верхнего конца). Под мягкой мозговой оболочкой по краям повреждения мягких тканей темно-красные кровоизлияния в виде полос шириной от 0,2 до 0,4 см.

1. Определить наличие повреждений, их вид, характер, локализацию.

2. Каков механизм повреждения?

3. Решить вопрос о прижизненности (давности) повреждений.

4. Какова тяжесть вреда, причиненного здоровью человека?

5. Какова причина смерти?

Эталон ответа.

1. При экспертизе трупа обнаружена открытая черепно-мозговая травма: рана мягких тканей и повреждение левой теменной кости, вещества головного мозга теменной доли.

2. Учитывая прямолинейную форму раны, ее частично осадненные края, острую форму концов, преобладание длины и глубины раны над ее шириной, наличие разруба кости в глубине раны, можно утверждать, что рана причинена рубящим орудием. Острая форма обоих концов раны свидетельствует о том, что рана причинена лезвием рубящего орудия. Протяженность раны 12 см «говорит» о том, что ширина лезвия была не менее 12 см. Рана направлена сверху вниз, сзади наперед, несколько справа налево.

3. Наличие кровоизлияний в мягких тканях в области повреждения и по ходу раневого канала дает основание утверждать, что повреждение является прижизненным.

4. Согласно медицинским критериям (приказ № 194н, п.6.1.1.), рана волосистой части головы, проникающая в полость черепа, является опасным для жизни вредом здоровью и по этому признаку квалифицируется как тяжкий вред, причиненный здоровью человека.

5. Причиной смерти явилось разрушение вещества головного мозга, развившееся вследствие рубленого повреждения в левой теменной области головы с наличием разруба кости в данной области.

Задача 3. Обстоятельства дела: В направлении указано, что направляется труп г-на М., 56 лет, для установления причины смерти, наличия повреждений, определения тяжести вреда здоровью. Со слов родственников упал по пути на кухню и умер, медицинская помощь не оказывалась.

Наружное исследование. Труп доставлен в рубашке серого цвета, спортивных брюках синего цвета, трусах черного цвета. Труп мужского пола. Кожные покровы бледно-серые за исключением головы, шеи и плечевого пояса, где отмечается синюшность кожных покровов. Трупные пятна сине-фиолетовые, насыщенные, расположены на задней поверхности туловища, при дозированном надавливании цвет не изменяют. Трупное окоченение хорошо выражено во всех исследуемых группах мышц. **Повреждения:** В левой лобной области ссадина неопределенной формы размером 4х2см с красно-коричневой поверхностью ниже уровня кожи. Каких-либо других повреждений не обнаружено.

Внутреннее исследование. Полость черепа: Кожно-мышечный лоскут головы блестящий, бледно-розового цвета с наличием бледно-вишневого кровоизлияния в левой лобной области размером 3х2 см. Височные мышцы без кровоизлияний. Твердая мозговая оболочка перламутрового вида, не напряжена, блестящая. Сосуды мягкой мозговой оболочки расширены, полнокровны. Вещество головного мозга мягко-эластической консистенции. На разрезе слои

определяются хорошо. Желудочки мозга не расширены, эпендима их бледная, блестящая. В плевральных и брюшной полостях жидкости и спаек нет. Листки плевры и брюшины гладкие, блестящие. В 17 просвете аорты жидкая темная кровь. Почки парные, бобовидной формы, массой 280 г. обе, эластической консистенции, на разрезе слои определяются хорошо, корковый синюшного цвета, мозговой темно-синюшного цвета. Язык на разрезе мясистого вида, без кровоизлияний. Пищевод и трахея без особенностей. Легкие мягко-эластической консистенции, на разрезе однородного серо-синюшного цвета, режутся с похрустыванием. Стенки бронхов утолщены, выстоят над поверхностью разрезов. С поверхности разреза стекает жидкая темная кровь. В полостях сердца жидкая темная кровь. Эндокард бледно-серый, блестящий. Миокард однородного красно-коричневого цвета с единичными белесыми прожилками. В просвете легочного ствола тромботические массы в виде «наездника», при расправлении напоминает жгут диаметром около 0,8 см, шероховатые с поверхности, крошковатой консистенции, слоистого строения на разрезе. В просвете дистальных отделов ветвей легочной артерии жидкая темная кровь. В полости желудка содержимого нет. Поджелудочная железа мягко-эластичной консистенции, на разрезе дольчатого вида. Печень массой 1620 г, поверхность гладкая, на разрезе желто-коричневого цвета. В просвете кишечника свойственное отделам содержимое. Произведены диагностические разрезы нижних конечностей с исследованием поверхностных и глубоких вен: слева в просвете жидкая кровь, справа на уровне голени в глубокой вене обнаружено расширение просвета, шероховатость внутренней оболочки, на последней определяются плотно припаянные тромботические массы серо-вишневого цвета. Данные лабораторных исследований: при судебно-химическом исследовании в крови обнаружено 1,1‰, в моче – 1,6‰ этилового спирта. При судебно-гистологическом исследовании в стенке глубокой вены и окружающих тканях умеренная лимфо-гистиоцитарная инфильтрация с единичными лейкоцитами, склеротические изменения; со стороны интимы тромботические массы.

1. Какова причина смерти?
2. Какова давность наступления смерти?
3. Имеются ли на трупе повреждения, прижизненность, давность, связь с наступлением смерти, степень тяжести?
4. Принимал ли незадолго до смерти алкоголь, если да, то какова степень алкогольного опьянения?
5. Страдал ли хроническими заболеваниями?

Эталон ответа.

1. Причиной смерти гр-на М. явилось заболевание – тромбоз глубокой вены правой голени, осложнившийся тромбоэмболией легочной артерии с развитием пульмоно-коронарного рефlekса, что подтверждается данными макроскопического исследования (синюшность головы и плечевого пояса, в просвете легочного ствола тромботические массы в виде «наездника»; справа на уровне голени в глубокой вене обнаружено расширение просвета, шероховатость внутренней оболочки, на последней определяются плотно припаянные тромботические массы серо-вишневого цвета) и судебно-гистологического исследования (в стенке глубокой вены и окружающих тканях умеренная лимфо-гистиоцитарная инфильтрация с единичными лейкоцитами, склеротические изменения; со стороны интимы тромботические массы).

2. Согласно трупным явлениям (трупные пятна сине-фиолетовые, насыщенные, расположены на задней поверхности туловища, при дозированном надавливании цвет не изменяют; трупное окоченение хорошо выражено во всех исследуемых группах мышц) давность наступления смерти свыше одних суток и менее трех суток на момент проведения вскрытия.

3. При исследовании трупа обнаружено повреждение – ссадина в лобной области, которая возникла от воздействия твердого тупого предмета или при ударе о таковой незадолго до наступления смерти, в какой-либо связи с наступлением смерти не состоит и согласно пункту 9 раздела № 2 приказа МЗиСР №194н от 24.04.2008 г расценивается как повреждение, не причинившее вред здоровью человека.

4. При судебно-химическом исследовании в крови обнаружено 1,1‰, в моче – 1,6‰ этилового спирта, что по аналогии с живыми лицами соответствует ЛЕГКОЙ степени опьянения в стадии выведения.

5. При исследовании трупа обнаружены хронические заболевания: Хронический бронхит, эмфизема. Диффузный мелкоочаговый кардиосклероз.

Задача 4. Обстоятельства дела: в направлении указано, что направляется труп гр-ки С., 1928 г.р., для установления причины смерти, наличия телесных повреждений, степени тяжести телесных повреждений. Со слов родственников длительное время не вставала с кровати.

Наружное исследование. Труп женщины правильного телосложения, повышенного питания. Кожные покровы бледно-серые. Трупные пятна сине-фиолетовые, насыщенные, расположены на задней поверхности туловища, при дозированном надавливании цвет не изменяют. Трупное окоченение хорошо выражено во всех исследуемых группах мышц. Отеки мягких тканей нижних конечностей. Повреждения: На передней поверхности правого предплечья кровоподтек неопределенной формы размером 4х2 см, буровато-зеленого цвета. Полость черепа: кожный лоскут головы без кровоизлияний. Твердая мозговая оболочка перламутрового вида, напряжена. Листки мягкой мозговой оболочки приподняты, отечны. Головной мозг мягко-эластичной консистенции. На разрезе слои определяются хорошо. Желудочки мозга не расширены. На миндалинах мозжечка странгуляционная борозда шириной около 0,5 см.

Внутреннее исследование. В правой плевральной полости 850 мл прозрачной жидкости, в левой плевральной полости 1050 мл прозрачной жидкости. В брюшной полости 2600 мл аналогичной жидкости. В просвете аорты жидкая темная кровь и желто- красные эластичные свертки. Почки парные, бобовидной формы, массой по 170 г., капсула тонкая, снимается легко, поверхность под ней синюшного цвета, край разреза острый, на разрезе слои определяются с затруднением, корковый и мозговой слои темно-синюшного цвета. Пищевод и трахея без особенностей. Легкие повышенной воздушности, режутся с хрустом, на разрезе серо-синюшного цвета с бурым оттенком. Стенки бронхов утолщены, выстоят над поверхностью разреза, вдоль них белесые прожилки. С поверхности разреза стекает прозрачная жидкость. Сердце размером 16х12х10 см, массой 510 г., в полостях сердца жидкая темная кровь и желто- красные свертки. Толщина стенки левого желудочка 1,8 см, правого 0,6 см. Длина окружности двухстворчатого клапана 12,5 см, трехстворчатого 14,0 см, аортального клапана 8,0 см, легочного ствола 8,5 см. Миокард эластичной консистенции, на разрезе коричневого цвета с множественными белесыми прожилками и участком разрастания плотной белесой ткани в области передней и боковой стенки левого желудочка, на площади 5х4 см. Коронарные артерии на разрезе не спадаются, просвет их сужен эксцентрически расположенными бляшками до $\frac{3}{4}$ диаметра. В полости желудка содержимого нет. Печень размерами 29х24х23х12 см, массой 1920 г., поверхность гладкая, передний край закруглен, ткань плотно- эластичная, на разрезе пестрого вида, за счет темно-вишневых вкраплений на коричневом фоне. Селезенка размером 14х11х6 см, массой 290 г., плотной консистенции, капсула гладкая, край разреза острый, на разрезе темно- синюшного цвета. В просвете тонкого и толстого кишечника свойственное отделам содержимое. При судебно-химическом исследовании в крови и моче этиловый спирт не обнаружен.

1. Какова причина смерти?
2. Какова давность наступления смерти?
3. Имеются ли на трупе повреждения, прижизненность, давность, связь с наступлением смерти, степень тяжести?

4. Принимал ли незадолго до смерти алкоголь, если да, то какова степень алкогольного опьянения?

5. Страдал ли хроническими заболеваниями?

Эталон ответа.

1. Причиной смерти гр-ки С. стало заболевание – хроническая ишемическая болезнь сердца, морфологическими проявлениями которой явились: крупноочаговый постинфарктный кардиосклероз, диффузный мелкоочаговый кардиосклероз, гипертрофия миокарда. Прогрессия заболевания обусловила развитие осложнения – хронической сердечной недостаточности в стадии декомпенсации, что подтверждается расширением полостей сердца (длина окружности двухстворчатого клапана 12,5 см, трехстворчатого 14,0 см), явлениями хронического венозного застоя (бурая индурация легких, цианотическая индурация почек и селезенки, мускатная печень), водянка полостей, отеки нижних конечностей.

2. Согласно трупным явлениям (трупные пятна сине-фиолетовые, насыщенные, расположены на задней поверхности туловища, при 24 дозированном надавливании цвет не изменяют; трупное

окоченение хорошо выражено во всех исследуемых группах мышц) давность наступления смерти свыше одних суток и менее трех суток на момент проведения вскрытия.

3. При исследовании трупа обнаружено повреждение – кровоподтек на предплечье, который возник от воздействия твердого тупого предмета или при ударе о таковой в срок за 3-5 суток до наступления смерти, в какой-либо связи с наступлением смерти не состоит и согласно пункту 9 раздела № 2 приказа МЗиСР № 194н от 24.04.2008г расценивается как повреждение, не причинившее вред здоровью человека.

4. При судебно-химическом исследовании в крови и моче этиловый спирт не обнаружен.

5. При исследовании трупа обнаружено хроническое заболевание: Хронический бронхит, эмфизема.

Задача 5. Результат судебно-медицинского исследования трупа.

Исследования одежды. Труп гр-ки. III. доставлен завернутым в белую хлопчатобумажную простыню. Труп одет: 1) фланелевый халат; 2) голубая шелковая трикотажная сорочка; 3) синий сатиновый бюстгальтер, к бретельке которого привязаны часы марки «Звезда» (стрелки указывают 1ч 28 мин, часы стоят); 4) белый пояс с резинками.

Наружное исследование. Труп женщины правильного телосложения, удовлетворительного питания. Длина тела 158 см, вес 54 кг. На задней поверхности тела и в верхнем отделе передней поверхности грудной клетки багрово-фиолетовые трупные пятна, бледнеющие при надавливании. На фоне трупных пятен множественные мелкоточечные кровоизлияния.

Трупное окоченение хорошо выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Волосы на голове темно-русые, длиной 16 см. Лицо синюшное. Глаза закрыты, роговицы тусклые, зрачки округлые, диаметром 0,4 см, соединительные оболочки бледно синюшные. Рот закрыт, переходная кайма губ синюшна., слизистая оболочка преддверия рта розовато синюшна. Зубы целы. Язык за линией зубов. На 3,6 см выше верхнего края левой скуловой дуги на волосистой части височной области продолговатая красновато бурая мягкая ссадина 0,6х0,2 см, расположенная ниже уровня окружающей кожи. В отверстиях носа желтоватая жидкость, подсохший потек, который распространяется от левой ноздри к левой ушной раковине. Полость рта и наружные слуховые проходы свободны. На шее (спереди на расстоянии 138 см от подошв_ двойная незамкнутая восходящая странгуляционная борозда. Спереди борозда одиночная, расположена на уровне подъязычной кости, на боковых поверхностях шеи поднимается вверх. Справа на уровне мочки уха борозда раздваивается под углом около 300, нижняя ее ветвь расположена почти горизонтально, верхняя – поднимается косо вверх и кзади, проходит на 3,5 см ниже угла нижней челюсти и на 3,5 см ниже сосцевидного отростка и теряется в волосистой части головы. Слева борозда раздваивается на 1 см влево от средней линии нижняя ветвь идет почти горизонтально, переходит на заднюю поверхность шеи, где соединяется с нижней ветвью правой боковой поверхности шеи, располагается на 5 см выше остистого отростка УП шейного позвонка, образуя замкнутую борозду. Верхняя ветвь слева поднимается косо вверх и кзади, на 2,5 см ниже угла нижней челюсти, проходит на уровне сосцевидного отростка, где теряется в волосистой части головы. Расстояние между ветвями борозды на уровне сосцевидного отростка слева 4 см. Слева борозда прерывается на участке 1,5 см. Дно верхней ветви борозды плотное, буровато-коричневое, нижняя ветвь – мягкая, сероватого цвета. Ширина борозды по средней линии до 0,7 см, ширина верхней ветви на уровне угла нижней челюсти справа до 1,5 см, слева – до 0,9 см, ширина нижней ветви – до 0,5 см, сзади – 0,3 см. Глубина верхней ветви борозды спереди и на уровне углов нижней челюсти до 0,2 см. В остальных отделах дно борозды расположено почти на уровне окружающей кожи. Длина нижней ветви борозды 36 см, длина верхней ветви – 27 см, окружность шеи по ходу верхней ветви – 48 см. Контуры борозды неровные, верхний валик выражен хорошо, нижний – слабо. В верхнем валике на передне-боковых поверхностях шеи множественные красные мелкоточечные кровоизлияния. Справа в верхнем и нижнем валиках борозды на участке 6,5х5,5 см около 10 неправильной формы красно буроватых плотных ссадин от точечных до 0,9х1,1 см, расположенных ниже уровня кожи; слева – около 15 ссадин такого же характера размерами до 1,3х0,3 см на участке 5,5х4,5 см. Грудная клетка Цилиндрической формы. Грудные железы дрябловаты, соски и околососковые кружки слабо пигментированы, при надавливании из сосков выделяется белого цвета жидкость. Живот на уровне грудной клетки. В правой повздошной области линейный рубец длиной 8 см, не спаянный с подлежащими тканями. На наружной поверхности левого плеча в

нижней трети точечная рана, покрытая красно бурой корочкой (след медицинского укола). На наружной поверхности правого плеча, правого бедра и правой голени в средней трети кровоподтеки неправильной формы диаметром до 1,2 см, на разрезе в подкожной клетчатке темно красные кровоизлияния. Лопатки, кости лица и конечностей на ощупь целы.

Внутреннее исследование. Толщина подкожной жировой клетчатки передней поверхности грудной клетки – 0,5 см., а на животе – 1,5 см. Грудные железы на разрезе серовато розовые, с поверхности разреза выделяются капли крови и беловатой жидкости. Мышцы груди и живота красные, влажные. Высота стояния диафрагмы справа на уровне 4-ого, слева – на уровне 5-го ребра. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Большой сальник содержит мало жира. Толстый кишечник умеренно вздут. Серозная оболочка нижних отделов толстого кишечника буроватого цвета; сосуды брыжейки тонкого кишечника резко полнокровны. Мочевой пузырь выступает над лоном на 2 см. Брюшина гладкая, блестящая, в полости её посторонней жидкости не содержится. Плевральные полости свободны. Передние края легких заострены, на прикрывают область сердца. Грудина перепилена на уровне 2-го ребра и нижняя часть ее удалена. В полость сердечной сумки налита вода.

Под водой сделаны проколы правой и левой половины сердца, пузырьков воздуха не обнаружено. Внутренняя поверхность сердечной сорочки гладкая, блестящая. Сердце 11х9х6 см, вес 255 гр. Наружная оболочка сердца тонкая, гладкая, под ней на задней поверхности сердца мелкоточечные темно красные кровоизлияния. В правой половине сердца 120 мл жидкой темно-красной крови. Клапаны сердца и крупных сосудов тонкие, эластичные. Сухожильные нити, трабекулярные и сосочковые мышцы не изменены. Внутренняя оболочка их гладкая. Толщина мышцы левого желудочка 1,1 см, правого – 0,3 см. Мышца сердца плотная, на разрезе темно красная. Ширина аорты 3,5 см, края её на поперечном разрезе расходятся на 3,5 см. В просвете нижней полый вены жидкая темная кровь, внутренняя оболочка её гладкая. Лимфатические узлы заднего средостения мягкие, на разрезе серовато-черные. Вход в гортань свободен. Подъязычная кость и хрящи гортани целы. В мягких тканях вокруг левого рожа подъязычной кости темно-красное кровоизлияние 1х0,2х0,2 см. Щитовидная железа дольчатая, на разрезе мелкозернистая, темно-красная. Слизистая оболочка трахеи и крупных бронхов розово синюшна, в просвете крупных бронхов небольшое количество серовато-розовой слизи. Под легочной плеврой имеются мелкоточечные темно-красные кровоизлияния. В левом легком – плотные междолевые спайки. Легкие тестоватой консистенции на разрезе серовато-красные, с поверхности разреза стекает в умеренном количестве темная кровь, в верхних отделах при надавливании – пенная розоватая жидкость. Надпочечники листовидной формы, на разрезе с хорошо выраженными корковым и мозговым слоями. Почки 11х5х4 см. Капсула снимается легко, поверхность почек гладкая. На разрезе ткань почек темно красная, сосуды на границе коркового слоя 0,6 см. Слизистая оболочка лоханок и мочеточников бледно синюшная. Мочевой пузырь пуст, слизистая оболочка бледно-сероскладчатая. Яичники овальной формы. В правом яичнике округлая полость диаметром 2 см, заполненная прозрачной жидкостью, окруженная тонкой капсулой. На разрезе правого яичника имеется желтое тело размерами 2,5х1,7х1,7 см. Матка 10,5х7х4 см., наружный зев щелевидной формы, на шейке матки по краям зева, больше в заднем отделе, имеется поверхностный розовато-синюшный дефект слизистой оболочки 1,5х0,6 см с неровными контурами. В полости матки рыхлая, розовато-синюшная ткань, легко отделяемая от стенки матки, в центре которой имеется плодное яйцо, содержащее плод длиной 2 см. Слизистая оболочка матки синюшно розовая, бугристая, набухшая. Стенка матки дряблая, толщиной до 1,2 см, на разрезе беловато синюшного цвета, сосуды её резко наполнены кровью. Печень 22х18х12х8 см, капсула её гладкая. Ткань на разрезе красновато-коричневая, рисунок ткани не выражен, с поверхности разреза стекает темная жидкая кровь. Поджелудочная железа на разрезе розовато-синюшная, дольчатая. Селезенка 12х7х4 см, капсула её морщинистая. На разрезе ткань селезенки темно-вишневая, без соскоба. Миндалины рыхлые с гнойными пробочками на разрезе. Пищевод пуст, слизистая оболочка его синюшна. В желудке до 400 мл серовато-желтых кашицеобразных пищевых масс с различными кусочками мяса, огурцов, яблок. Слизистая оболочка желудка серо-розовая. Складчатость несколько сглажена. Желчные протоки проходимы. В желчном пузыре до 15 мл жидкой темно оливковой желчи, слизистая оболочка его бархатиста. В тонком и толстом кишечнике свойственное их отделам содержимое, слизистая оболочка кишечника синюшно серая, сосуды её резко полнокровны; в нижних отделах слизистая оболочка тонкого кишечника буроватая. На внутренней поверхности

кожно-мышечного лоскута головы и теменно-затылочной области два овальных кровоизлияния 2х1,5 см и 1х1 см, толщиной до 0,2 см, расположенные на расстоянии 3 см друг от друга. В левой височной мышце темно-красное кровоизлияние 3,5х2,3х0,3 см. Твердая мозговая оболочка не напряжена, сосуды её умеренно полнокровны. Мягкая мозговая оболочка тонкая, прозрачная. Сосуды основания мозга эластичные, внутренняя оболочка их гладкая. Борозды и извилины хорошо выражены. В желудочках мозга небольшое количество бесцветной прозрачной жидкости. Вещество мозга на разрезе влажное, блестящее, сосуды вещества мозга умеренно полнокровны. Кости свода и основания черепа, позвоночник, грудина, ребра, ключицы и кости таза целы. Внутренняя оболочка сонных артерий гладкая. Кровоизлияний в мышцах шеи на разрезе не обнаружено. От полостей и органов постороннего запаха не ощущается. Для гистологического исследования из трупа изъяты кусочки кожи шеи с участком странгуляционной борозды, легких, печени, почки, головного мозга. Для судебно-химического исследования взято 200 мл крови.

1. От чего наступила смерть?
2. Прижизненно или посмертно наложена петля на шею?
3. Как быстро наступила смерть?
4. Имеются ли другие повреждения (кроме асфиктического характера) и чем они нанесены?
5. Какими заболеваниями болела Ш.?
6. Была ли Ш. беременна, каков срок беременности?

Эталон ответа.

1. Смерть наступила в результате механической асфиксии, развившейся вследствие сдавления шеи петлей при повешении.

2. При судебно-медицинском исследовании трупа обнаружены прижизненная косовосходящая борозда в верхней трети шеи, жидкое состояние крови, полнокровие внутренних органов, точечные кровоизлияния под легочной плеврой (пятна Тардье), мелкоточечные темно-красные кровоизлияния на задней поверхности сердца

3. Смерть наступила примерно в течение 5 минут, согласно асфиктическим процессам:

4. Имеются кровоподтеки передней поверхности грудной клетки, Наружной поверхности правого плеча, правого бедра и правой голени; ссадиной левой височной области. Данные повреждения возникли от действия твердого тупого предмета.

5. Согласно внутреннему и наружному исследованию трупа Шпаковская Н.И. перенесла резекцию аппендикса, страдала хроническим тонзиллитом.

6. Шпаковская Н.И. была беременна, срок составлял 5-6 недель на основании: в полости матки рыхлая, розовато-синюшная ткань, легко отделяемая от стенки матки, в центре которой имеется плодное яйцо, содержащее плод длиной 2 см. Слизистая оболочка матки синюшно-розовая, бугристая, набухшая. Стенка матки дряблая, толщиной до 1,2 см, на разрезе беловато-синюшного цвета, сосуды её резко наполнены кровью.

Задача 6. Результат судебно-медицинского исследования трупа П., 5 лет.

Исследование одежды. С трупа снята и исследована следующая одежда: 1. Вязанная темно-синяя майка. 2. Трикотажные красные шаровары. 3. Черные резиновые детские ботинки. Вся одежда обильно испачкана древесными опилками.

Наружное исследование. Труп ребенка мужского пола, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Длина тела 1 метр, вес – 17 кг. Кожные покровы бледные. На лице .в углах глаз, ушных раковин, на шее и передней поверхности грудной клетки имеются мелкие древесные опилки. На задней поверхности тела хорошо выраженные разлитые багрово-синюшные пятна. при надавливании не бледнеют. Трупное окоченение отчетливо выражено во всех обычно исследуемых группах мышц. Волосы на голове светло-русые. длиной 7 см. Глаза закрыты. роговицы мутные, зрачки округлые, диаметром 0.3 см, соединительные оболочки век бледные с единичными мелкоточечными темно-красными кровоизлияниями .Рот полуоткрыт, переходная кайма губ синюшная, зубы целы, кончик языка на линии зубов. В полости носа, рта и в наружных слуховых проходах –небольшое количество древесных опилок. Шея развита пропорционально туловищу. грудная клетка цилиндрической формы. Живот на уровне грудной клетки. Наружные половые органы развиты соответственно возрасту, из наружного отверстия мочеиспускательного канала при надавливании выделяется прозрачная жид-кость. Область промежности и заднего прохода испачкана каловыми массами. Лопатки .кости лица, верхних и нижних конечностей на

ощупь целы. Произведены разрезы кожи и мышцоспины, повреждений в мягких тканях не обнаружено.

Внутреннее исследование. Толщина подкожно-жирового слоя на груди 0,5 см, на животе – до 1 см. Мышцы шеи, груди и живота красные, влажные. Гортань и верхний отдел трахеи вскрыта на месте – просвет их полностью заполнен древесными опилками. Внутренние органы расположены правильно. Высота стояния диафрагмы справа – на уровне IV ребра, слева – на уровне IV межреберья. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Большой сальник содержит незначительное количество жира. Петли кишечника умеренно вздуты. Мочевой пузырь на уровне лона. Брюшина гладкая, блестящая, в полости ее посторонней жидкости не содержится. Плевральные полости свободны. В полости сердечной сорочки около 3 мл желтоватой прозрачной жидкости, внутренняя поверхность ее гладкая. Сердце 7*5*3 см, вес 100 гр. Наружная оболочка сердца гладкая, под ней на передней поверхности мелкоточечные кровоизлияния. В правой половине сердца около 15 мл, в левой около 3 мл жидкой крови. Клапаны сердца и крупных сосудов тонкие, эластичные, сосочковые и трабекулярные мышцы не изменены. Внутренняя оболочка сердца гладкая. Толщина мышцы левого желудочка 0,8 см, правого – 0,3 см; мышца сердца плотная, на разрезе красная. Стенки венечных артерий тонкие, внутренняя оболочка их гладкая. Ширина аорты 3 см, края ее на поперечном разрезе расходятся на 4 см; внутренняя оболочка аорты желтоватая, гладкая. Подъязычная кость и хрящи гортани целы. Щитовидная железа дольчатая, на разрезе коричневатокрасная, зернистая. Просветы трахеи, крупных и средних бронхов полностью заполнены древесными опилками; слизистая оболочка трахеи и бронхов бледно-синюшная. Легочная плевро гладкая, под ней множественные мелкоточечные кровоизлияния. Ткань легких пушистая, на разрезе темно-красная, с поверхности разреза стекает значительное количество жидкой крови.; просветы мелких бронхов свободны. Надпочечники листовидной формы, корковое вещество желтое, мозговое – коричневое. Почки 6,5*3*1,5 см, капсула снимается легко, поверхность почек гладкая, ткань на разрезе темно-красная с четким рисунком; толщина слоя 0,4 см. Слизистая оболочка лоханок, мочеточников, мочевого пузыря бледно-синюшная. В мочевом пузыре около 100 мл прозрачной желтоватой мочи. Предстательная железа эластичная, на разрезе белесоватая. Печень 19*16*10*4 см, капсула ее гладкая, ткань на разрезе коричневая, рисунок ткани не выражен, из перерезанных сосудов стекает значительное количество жидкой крови. В желчном пузыре около 10 мл коричневой желчи, слизистая оболочка его зеленоватая, бархатистая; желчные протоки проходимы. Поджелудочная железа мягкая, на разрезе сероватая, дольчатая. Селезенка 9*6*2 см, капсула ее морщинистая, ткань на разрезе темно-красная, без соскоба. Сосочки языка выражены отчетливо. Миндалины овальные, на разрезе розовые. В верхнем отделе пищевода незначительное количество древесных опилок, слизистая оболочка пищевода бледная, с синюшным оттенком, продольно складчатая. В желудке около 100 мл сероватого цвета пищевой кашицы, слизистая оболочка желудка серовато-розовая. В кишечнике соответствующее его отделам содержимое, слизистая оболочка кишечника – бледно-розовая. Внутренняя поверхность кожно-мышечного лоскута головы розовая. Височные мышцы на разрезе красные. Твердая мозговая оболочка умеренно напряжена. Мягкая мозговая оболочка тонкая, прозрачная. Сосуды ее полнокровны. Артерии основания мозга спавшиеся, внутренняя оболочка их гладкая. Вещество мозга на разрезе влажное,, блестящее. С хорошо выраженной границей между белым и серым веществом. В желудочках мозга незначительное количество прозрачной жидкости. Под пристеночной брюшиной, соответственно поясничной области, от XII ребра до подвздошной ямки слева, темно-красное кровоизлияние 9*5*0,3 см. Кости свода и основания черепа, ключицы, грудина, ребра, позвоночник и кости таза целы. От органов и полостей постороннего запаха не ощущается. Для гистологического исследования изъяты кусочки головного мозга, легких, сердца.

1. Какова причина смерти П.?

2. Имеются ли признаки прижизненного попадания П. в опилки или он был засыпан опилками уже мертвым?

3. Как быстро наступила смерть?

4. Имеются ли другие (помимо асфиктического характера) повреждения и чем они нанесены?

5. Какими заболеваниями страдал П.?

Эталон ответа.

1. Смерть П. насильственная и наступила от механической асфиксии, развившейся вследствие закрытия дыхательных путей опилками.

2. Имеются признаки прижизненного попадания П. в опилки: в полости носа, рта и в наружных слуховых проходах обнаружено небольшое количество древесных опилок, гортань и верхний отдел трахеи полностью заполнен древесными опилками, жидкое состояние крови, полнокровие внутренних органов, точечные кровоизлияния под легочной плеврой (пятна Тардье), мелкоточечные кровоизлияния наружной поверхности сердца.

3. Смерть П наступила примерно в течение 5 минут.

4. Другие повреждения на трупе П не обнаружены.

5. Согласно внутреннему исследованию заболеваний у П., 5 лет, выявлено не было.

Задача 7. Труп гр-на. Д., 54 лет, обнаружен в квартире по адресу ... с повреждением грудной клетки. На грудной клетке слева в проекции 5 межреберья, по среднеключичной линии округлая рана диаметром 0,7 см с дефектом ткани, с ровными краями, с наложениями серо-черного цвета, окруженная по периферии темно-красным пояском осаднения, шириной до 0,2 см. в проекции 5-6 межреберья, в области раны, в мягких тканях темно-вишневое кровоизлияние. Правое легкое полностью выполняет плевральную полость. Левое легкое поджато. В левой плевральной полости 1200 мл темной жидкой крови и свертков. Околосердечная сорочка повреждена. В проекции левого желудочка повреждение щелевидной формы, длиной 1,7 см. На передневнутренней поверхности легкого в средней доле неправильно-овальный дефект ткани 1,6x0,9 см, с относительно ровными краями. В средней доле левого легкого, ближе к задней поверхности, обнаружена пуля остроконечной формы длиной 1,5 см, наибольшим диаметром около 0,7 см, кончик несколько уплощен. Поверхность пули коричневатая, видны косо продольно расположенные четыре белесоватые полосы (царапины). На передней поверхности сердца, в проекции левого желудочка, соответственно повреждению околосердечной сорочки имеется рана, идущая спереди назад, слева направо и захватывающая эпикард и миокард. Рана имеет трех лучевую форму, длиной лучей от 0,1 до 3,2 см. При осмотре эндокарда обнаружены полосчатые кровоизлияния красно-коричневого цвета (пятна Минакова). Раневой канал направлен спереди назад, слева направо, прямо. Внутренние органы малокровные.

1. Определить наличие, вид, характер, локализацию повреждений.

2. Установить механизм возникновения повреждений, каким орудием причинено повреждение, направление действия травмирующего орудия.

3. Решить вопрос о прижизненности и давности повреждений.

4. Установить тяжесть причиненного вреда здоровью человека.

5. Какова причина смерти?

Эталон ответа.

1. При экспертизе трупа обнаружено проникающее ранение грудной клетки с повреждением левого легкого и левого желудочка сердца, с развитием массивной кровопотери (в левой плевральной полости 1200 мл крови).

2. Рана округлой формы на передней поверхности грудной клетки с дефектом ткани («минус ткань»), с пояском осаднения и наличием на коже вокруг нее серо-черного налета (копоти) указывает на то, что это входное отверстие. Раневой канал направлен спереди назад, слева направо, прямо, с повреждением по ходу его левого легкого и левого желудочка сердца. Данное повреждение является огнестрельным, возникло в результате однократного слепого пулевого ранения. Учитывая наличие копоти в области входной раны, дистанция выстрела была близкой (в пределах действия дополнительных факторов выстрела).

3. Наличие кровоизлияний в мягких тканях в области повреждения и по ходу раневого канала дает основание утверждать, что повреждение является прижизненным. Учитывая признаки массивной кровопотери, обнаруженные на вскрытии, можно утверждать, что смерть наступила в короткий промежуток времени, исчисляемый десятками минут.

4. Согласно медицинским критериям (приказа №194н, п. 6.1.9.), рана грудной клетки, проникающая в плевральную полость, является опасным для жизни вредом и по этому признаку квалифицируется как тяжкий вред, причиненный здоровью человека.

5. Смерть наступила в результате массивной кровопотери, развившейся вследствие слепого огнестрельного пулевого ранения грудной клетки, сопровождавшегося повреждением мягких тканей грудной клетки, левого легкого и левого желудочка сердца, с развитием массивной кровопотери (гемоторакс слева – 1200 мл крови).

Задача 8. Труп гр-на Ш., 40 лет, обнаружен в своей квартире с повреждением в области головы и со значительным объемом крови в окружности. На мягком небе округлая рана 4х3 см с дефектом ткани и отслоением по краям, здесь же выраженное наложение серо-черного налета. Края небной кости на внутренней костной пластинке относительно ровные, на наружной костной пластинке со сколами. В затылочной области обширная звездчатая рана, с 5-ю лучами, лучи ориентированы на 2,5,7,9,12 часов условного циферблата, длиной от 2 до 7 см с неровными, вывернутыми кнаружи краями, края раны сопоставимы. В просвет раны выступают множественные отломки костей черепа, поврежденные оболочки и вещество головного мозга. Рана полости рта расположена на 160 см от уровня стоп, рана в затылочной области на 157 см от уровня стоп. Под кожей затылочной области 10 инородных тел, округлой и овальной формы, диаметром около 0,1 см. На своде черепа, в задней части теменных и затылочной костей, на основании в области средней и задней черепных ямок многооскольчатый перелом костей с образованием осколков размерами от мелких до 4 х 4 см, часть осколков из области чешуи затылочной кости и основания черепа отсутствует. В веществе головного мозга и в его оболочках прослеживается раневой канал, идущий в стволе и затылочных долях с их обширным разрушением. Раневой канал направлен снизу вверх, спереди назад и прямо.

1. Определить наличие повреждений, их вид, характер, локализацию.
2. Каков механизм повреждения?
3. Решить вопрос о приживленности (давности) повреждений.
4. Какова тяжесть вреда, причиненного здоровью человека?
5. Какова причина смерти?

Эталон ответа.

1. При экспертизе трупа обнаружено сквозное ранение головы с повреждением мягких тканей головы, с наличием раны на твердом небе, с повреждением костей лицевого и мозгового черепа, вещества головного мозга.

2. Рана округлой формы на мягком небе с дефектом ткани «минус ткань», с наличием в ее окружности серо-черного налета (копоти) указывает на то, что это входное ранение. Звездчатая рана в затылочной области головы, без дефекта ткани и пояса осаднения, с вывернутыми кнаружи краями указывает на то, что данная рана является выходным огнестрельным отверстием. Раневой канал направлен снизу вверх спереди назад, прямо с повреждением по ходу его полушарий головного мозга, с образованием переломов костей лицевого черепа, свода и основания черепа. Данное повреждение возникло в результате однократного огнестрельного дробового ранения. Учитывая наличие копоти в области входной раны, дистанция выстрела была близкой (в пределах действия дополнительных факторов выстрела).

3. Наличие кровоизлияний в мягких тканях в области повреждения и по ходу раневого канала дает основание утверждать, что повреждение является приживленным. Учитывая характер повреждения и признаки массивной кровопотери, смерть наступила в короткий промежуток времени, исчисляемый десятками минут.

4. Согласно медицинским критериям (приказ №194н, п.6.1.1.), рана головы, проникающая в полость черепа, является опасным для жизни вредом и по этому признаку квалифицируется как тяжкий вред, причиненный здоровью человека.

5. Смерть наступила в результате разрушения вещества головного мозга, развившегося вследствие сквозного огнестрельного дробового ранения головы, сопровождавшегося повреждением мягких тканей головы, костей лицевого и мозгового черепа, вещества головного мозга.

Задача 9. Из протокола осмотра места происшествия следует, что местом обнаружения трупа гр-на С. является его квартира. Со слов брата погибшего, он обнаружил гр-на С., висящим в петле на люстре, снял его из петли и перенес на палас, где труп гр-на С. находился на момент осмотра. Труп лежит на спине. Голова повернута вправо. Руки и ноги выпрямлены. Трупные пятна выражены, сливные, фиолетового цвета, расположены по задней поверхности тела. При надавливании исчезают и восстанавливаются через 20 с. Трупное окоченение слабо выражено в жевательной мускулатуре, отсутствует в мышцах шеи и конечностей. Температура трупа в прямой кишке – 34 °С, спустя 1 ч – 33 °С при температуре окружающей среды 20 °С. При введении в

переднюю камеру правого глаза 0,1 мл 1% раствора пилокарпина зрачок с 0,6 см сузился до 0,2 см в течение 3 с. При ударе металлическим стержнем по передней поверхности левого плеча образуется валик высотой до 2 см, который исчезает через 15 с. Лицо с синюшным оттенком, глаза закрыты, соединительные оболочки глаз – с единичными мелкоточечными кровоизлияниями. Рот приоткрыт, кончик языка зажат между зубами. В верхней трети шеи имеется одиночная косовосходящая спереди назад и снизу вверх странгуляционная борозда, шириной 0,4 – 0,5 см. Дно борозды гладкое, синюшно-багровое. Краевые валики выражены на переднебоковых поверхностях шеи. Заднепроходное отверстие сомкнуто, кожа в окружности опачкана калом.

1. Назовите достоверные признаки смерти?
2. Установите давность наступления смерти?
3. Укажите на ошибку, допущенную при составлении (оформлении) протокола осмотра места происшествия, имеющую отношение ко второму вопросу?
4. Назовите признаки, свидетельствующие о характере повреждений, механизме их образования, виде травмирующего предмета?
5. Имеются ли признаки, указывающие на перемещение трупа?

Эталон ответа.

1. Ранние трупные изменения и суправитальные реакции.
2. Давность наступления смерти – 2-3 часа.
3. Не указано время проведения исследования и описания ранних трупных изменений и суправитальных реакций, а также начала и окончания осмотра места происшествия.
4. Странгуляционная борозда на шее, общеасфиктические признаки.
5. Не имеется.

Задача 10. Из постановления следует, что гр-н С. обнаружен мертвым в лесопарке.

Наружное исследование. На правой поле сорочки круглое отверстие, диаметром 0,5 см, с дефектом ткани, неровными разволокненными краями, имеющими кольцевидное загрязнение темно-серого цвета, шириной 0,2 см. В правом подреберье – рана овальной формы, 0,6х0,4 см, с дефектом ткани, с ровными, осадненными на ширину 0,1-0,2 см краями. В левой поясничной области темно-синий круглый кровоподтек, 3,5х4 см, в центре которого под кожей прощупывается инородное тело.

Внутреннее исследование. В брюшной полости 1700 мл жидкой крови со свертками. В стенках четырех петель тонкой кишки сквозные парные раны овальной формы, по 0,6х0,4 см, с неровными краями и кровоизлияниями вокруг. Имеется сквозное парное повреждение передней и задней стенок брюшной аорты в виде ран, по характеру аналогичных вышеописанным. В мышцах левой поясничной области прослеживается раневой канал, который слепо заканчивается в подкожной жировой клетчатке безоболочечной цилиндрической свинцовой пулей диаметром 5,6 мм. Передняя часть пули несколько смята.

Результаты лабораторных исследований. 1. При исследовании в ультрафиолетовых лучах сорочки по краю повреждения отмечалась желтовато-голубая флюоресценция в виде кольца. 2. При исследовании в инфракрасных лучах ткани сорочки и кожи живота с повреждением затемнения не наблюдалось.

1. Назовите категорию смерти?
2. Установите род смерти?
3. Определите вид смерти?
4. Составьте судебно-медицинский диагноз?
5. Сформулируйте типовые для данного вида смерти выводы?

Эталон ответа.

1. Насильственная.
2. Установление рода смерти выходит за пределы компетенции судебно-медицинского эксперта.
3. Огнестрельная травма.
4. Слепое огнестрельное (пулевое) ранение живота, проникающее в брюшную полость, с повреждением тонкой кишки и брюшной аорты; гемоперитонеум (1700 мл).
5. Смерть наступила от острой кровопотери в результате слепого огнестрельного (пулевого) ранения живота с повреждением тонкой кишки и брюшной аорты.

6. Входная огнестрельная рана располагалась в правом подреберье.
7. Раневой канал шел в направлении спереди назад, справа налево и чуть сверху вниз.
8. Данное повреждение причинено выстрелом из огнестрельного оружия патроном, снаряженным пулей калибра 5,6 см, с неблизкой дистанции (вне пределов дополнительных факторов выстрела).

Задача 11. Из постановления о назначении СМЭ следует, что на ул. М. около дома № 5 взорвался и полностью сгорел автомобиль «Мерседес-600» частного предпринимателя гр-на У., 52 лет. На месте происшествия обнаружены обугленные и беспорядочно расположенные останки скелета, в том числе лицевая часть черепа с сохранившимися челюстями и зубами. После происшествия гр-на У. и его водителя-телохранителя гр-на З., 28 лет, никто не видел и они были объявлены в розыск.

В ходе проведенной экспертизы установлено, что исследуемые 24 зуба относятся к резцам, клыкам, 1-м и 2-м премолярам, а также к 1-м молярам обеих челюстей. Остальные зубы отсутствуют, их лунки полностью заращены, прикус открытый. Макроскопически и с помощью бинокулярного стереомикроскопа МБС-9 при прямом и косопадающем естественном и искусственном освещении определена следующая степень стертости изучаемых зубов. Преимущественно на жевательной поверхности и по режущим краям зубов верхней челюсти прослеживаются очаговая потеря эмали и отчетливое стирание бугорков на резцах, клыках, премолярах и молярах без поражения дентина, корневого канала и собственно коронки. На всех зубах нижней челюсти отмечены аналогичные изменения, но наряду с потерей эмали и стертостью бугорков имели место признаки стирания дентина без вовлечения в процесс нервного канала и коронки. Каких-либо признаков заболевания зубов, а также следов терапевтического или ортопедического стоматологического вмешательства не выявлено.

1. К каким (общим или частным) признакам, характеризующим физические особенности человека относятся возраст и пол?
2. Являются ли достоверными признаки различий зубов по полу?
3. Назовите основные признаки, используемые при установлении возраста по зубам?
4. Лицу какого возраста принадлежат зубы, обнаруженные в сгоревшем автомобиле?
5. Могли ли зубы принадлежать гр-ну У. или гр-ну З.?

Эталон ответа.

1. Возраст и пол относятся к общим признакам, характеризующим физические особенности человека.
2. Признаки различий зубов по полу не являются достоверными.
3. При установлении возраста по зубам используются две группы признаков 1) сроки прорезывания зубов (период роста и развития) и 2) степень изношенности (стирания) зубов (зрелый и пожилой возраст).
4. Зубы, обнаруженные в сгоревшем автомобиле, принадлежат лицу в возрасте ориентировочно 20 – 30 лет.
5. Данные зубы могли принадлежать гр-ну З.

Задача 12. При исследовании скелетированных останков обнаружено: длина скелета 182 см. Окружность черепа 56 см. Имеется полное заращение сагиттального шва. Наблюдается вальгусная (Х-образная) деформация голеней. Длина стопы 28 см. На внутренней поверхности черепа имеются множественные пальцевидные вдавления. Кости черепа истончены. Кости спинки носа вдавлены и смещены вправо. Передние 4 зуба на верхней и нижней челюсти отсутствуют. Лунки этих зубов полностью заращены грубоволокнистой костной тканью. Остальные зубы целы. 5-й зуб слева на нижней челюсти имеет пломбу из амальгамы, установленную с внутренней поверхности. На нижней челюсти на 6, 7, 8-м зубах с обеих сторон имеются мостовидные протезы из металла белого цвета.

Родственники пропавшего без вести 35-летнего В. предоставили для исследования фотографии, паспорт, амбулаторную карту и карту из стоматологической поликлиники, ботинки 44-го размера и кепку 58-го размера.

На исследуемом черепе и представленных фотографиях отображена физиологическая правосторонняя асимметрия лица. Проведенное фотосовмещение в трех проекциях дало положительный результат. В стоматологической карточке сообщается о лечении у стоматолога,

закключающемся в установке мостовидных (из металла белого цвета) протезов, пломбировании 5-го зуба нижней челюсти слева и удалении корней передних 4 зубов на верхней и нижней челюсти.

Каблуки ботинок, которые носил В. незадолго до исчезновения, сильно стерты с внутренней стороны.

Вопрос: Достаточно ли приведенных ниже данных для достоверной идентификации обнаруженных скелетированных останков как останков гр-на В.?

Эталон ответа. Достаточно данных.

Задача 13. Из материалов дела известно, что гр-ка Б. пропала без вести месяц назад. В соответствии с описанием внешности Б. - женщина 59 лет, рост 160 см, русоволосая, лицо крупное, нос большой. Из особых примет родственники отмечают деформацию пальцев рук и утолщение межфаланговых суставов. В представленном паспорте имеется отметка о В (III) Rh+ группе крови.

При исследовании трупа неизвестной женщины, которую родственники Б. затруднились опознать как Б. из-за резко выраженных гнилостных изменений, установлено: труп длиной 155 см, кожные покровы зеленого цвета, на лице уплотнены, с коричневым оттенком, в области живота на передней стенке мягкие ткани отсутствуют. Кожа на кистях рук уплотнена с коричневым оттенком. Фаланги пальцев прямые, тонкие. При исследовании костей свода черепа отмечается полное заращивание сагиттального, теменно-затылочного и лобно-теменных швов, а также западение наружных костных пластинок теменных костей. Из-за резко выраженных гнилостных изменений причина смерти не установлена.

При судебно-биологическом исследовании кровь из трупа неизвестной женщины определена как первая резус-отрицательная.

Вопрос: Можно ли по имеющимся данным достоверно идентифицировать труп неизвестной женщины как труп гр-ки Б.?

Эталон ответа. Нет нельзя, различные группы крови.

Задача 14. При исследовании трупа неизвестного установлено: труп мужчины правильного телосложения, пониженного питания, длиной 160 см. Окружность головы 55 см. Волосы на голове густые, черного цвета, коротко подстрижены. Лоб низкий, узкий. Брови густые, дугообразные, сросшиеся. Спинка носа резко смещена вправо. Передние 4 зуба, а также 7-й и 8-й зубы на верхней и нижней челюстях отсутствуют с обеих сторон. Лунки отсутствующих зубов сглажены и полностью заращены. Жевательная поверхность остальных зубов имеет выраженную потертость. В области левого угла рта имеется горизонтальный рубец белого цвета и мягкой консистенции длиной 4 см и шириной 0,5 см. Шея короткая. На тыле правой кисти имеется татуировка, изображающая солнце с чередующимися шестью длинными и семью короткими лучами, в области левой дельтовидной мышцы - татуировка в виде головы леопарда. Концевые фаланги 1, 4 и 5-го пальцев, а также концевые и средние фаланги 2 и 3-го пальцев правой руки отсутствуют. Длина стоп 26 см.

При внутреннем исследовании обнаружен цирроз печени, констатирована смерть в результате отравления алкоголем.

Экспертом-криминалистом были произведены дактилоскопирование и фотографирование трупа. Через 4 дня из ЭКЦ УВД была получена справка, из которой следовало, что отпечатки пальцев трупа неизвестного мужчины совпадают с отпечатками ранее судимого Ю.

1. Можно ли достоверно идентифицировать труп неизвестного мужчины как труп гр-на Ю.?

2. Какую информацию несут особенности, обнаруженные при наружном осмотре и внутреннем исследовании трупа?

Эталон ответа. 1. Да можно, т.к. проведена дактилоскопия (отпечатки пальцев являются индивидуальным признаком). 2. Признаки, характеризующие личность неизвестного умершего человека используются для сравнительных судебно-медицинских исследований для установления тождества личности трупа умершего неизвестного и пропавшего без вести человека. Признаки бывают общие (постоянные) и частные (непостоянные). И те и другие устанавливают при наружном и внутреннем исследовании трупа, а некоторые (частные) при лабораторных исследованиях.

Задача 15. Труп гр-на К., 18 лет, обнаружен в гараже с признаками насильственной смерти. В теменной области справа дугообразная рана, длиной при сведенных краях 3,2 см., глубиной 1 см., в дне раны видны кости черепа и кровоподтечные мягкие ткани, в концах раны тканевые перемычки, в окружности раны овальное осаднение, 2,0х2,5см. В кожно-мышечном лоскуте головы в проекции раны темно-красное, сочное кровоизлияние, 6,5х8 см. В теменной области справа в проекции раны овальный вдавленный перелом теменной кости, 13х8см. Края перелома неровные с преимущественным отщеплением по внутренней костной пластинке; скошены. Под твердой мозговой оболочкой в теменной доле справа жидкая темная кровь, на участке, 7х6,5см. Под мягкой мозговой оболочкой в теменной доле справа кровоизлияние неправильно-овальной формы, 14,5х13см, здесь же обнаружено темно-вишневое кровоизлияние в виде точек и запятых, местами сливающихся между собой и не исчезающих при поглаживании спинкой ножа в белом и сером корковом веществе полушарий головного мозга в теменной доле справа на участке 4,5х4,8см, на глубину 0,9см. В полостях сердца и в просвете крупных сосудов жидкая темная кровь и рыхлые темно-вишневые свертки крови.

1. Определить наличие повреждений, их вид, характер, локализацию.
2. Каков механизм повреждения?
3. Решить вопрос о прижизненности (давности) повреждений.
4. Какова тяжесть вреда, причиненного здоровью человека?
5. Какова причина смерти?

Эталон ответа.

1. При судебно-медицинской экспертизе трупа К., 18 лет, обнаружены повреждения в виде открытой черепно-мозговой травмы, сопровождавшейся раной мягких тканей головы в теменной области справа, вдавленным переломом теменной кости справа, кровоизлиянием под твердую мозговую оболочку (субдуральное кровоизлияние), кровоизлиянием под мягкую мозговую оболочку, ушибом вещества головного мозга в теменной доле головного мозга.

2. Наличие неровных, осадненных краев раны, соединительнотканых перемычек в области ее концов позволяет утверждать, что рана в теменной области справа является ушибленной. Наличие ушибленной раны в теменной области справа, кровоизлияний в мягких тканях и вдавленного перелома правой теменной кости свидетельствует о том, что открытая черепно-мозговая травма образовалась от ударного воздействия твердого тупого предмета на правую теменную область, где имела ушибленная рана.

3. Наличие кровоизлияний в мягких тканях вокруг ушибленной раны в теменной области справа, кровоизлияний под твердой и мягкой мозговыми оболочками головного мозга свидетельствуют о том, что открытая черепно-мозговая травма является прижизненной. Смерть наступила в короткий промежуток времени, исчисляемый временным промежутком от нескольких минут до нескольких часов после причинения выше указанных повреждений.

4. Согласно медицинским критериям (приказ № 194н п. 6.1.1.), рана головы, проникающая в полость черепа, является опасным для жизни вредом здоровью и по этому признаку квалифицируется как тяжкий вред, причиненный здоровью человека.

5. Непосредственной причиной смерти явился отек и набухание головного мозга вследствие открытой черепно-мозговой травмы.

Задача 16. Труп гр-на Б., 23 лет, обнаружен 12.03. с.г. в своей квартире с признаками насильственной смерти. На передней брюшной стенке справа в мезогастральной области, на расстоянии 3 см от средней линии имеются два овальных бледно-синюшных кровоподтека, 5х3,5 см и 4х3,5 см. Аналогичные по свойствам кровоподтеки обнаружены в области пупка влево от средней линии, 6х2,5 см, вдоль нижнего края левой реберной дуги, 12х3,5 см. Брюшина перламутрового вида, гладкая, влажная. Имеется овальное, бледно-синюшное кровоизлияние в пристеночную брюшину по передней поверхности, по средней линии в эпигастральной области и на уровне пупка, 10х7 см. В брюшной полости содержится около 2000 мл жидкой, темно- вишневой крови и рыхлых свертков крови. При ревизии брюшной полости обнаружено массивное, сочное, темно-красно-вишневое, инфильтрирующее кровоизлияние в корень брыжейки тонкого кишечника, на участке 19х20 см. В пристеночной брюшине темно-вишневое кровоизлияние. На фоне кровоизлияния имеются сливающиеся между собой очаги разможнения тканей; обнаружены поперечные разрывы верхней брыжеечной артерии, ветвей кишечных и подвздошнокишечной артерий; имеются массивные

кровоизлияния под серозную оболочку петель тонкого кишечника и слепой кишки. В просвете аорты следы жидкой темно-вишневой крови. Внутренние органы малокровные. Гистологически констатировано: шунтирование кровотока в почке, печени, неравномерно выраженное перераспределение кровотока в легком. В представленных кусочках брыжейки и брюшины – острые инфильтрирующие кровоизлияния (давностью до 30 минут – 1 часа). В одном из кусочков поперечно-полосатой мышечной и жировой ткани – очагово- инфильтрирующие кровоизлияния с неравномерной лейкоцитарной реакцией (давностью до 6-12 часов); Массивное диффузное, острое кровоизлияние в наружной оболочке стенки тонкого кишечника и прилежащей жировой ткани (давностью до 30 минут – 1 часа).

1. Определить наличие повреждений, их вид, характер, локализацию.
2. Каков механизм повреждения?
3. Решить вопрос о прижизненности (давности) повреждений.
4. Какова тяжесть вреда, причиненного здоровью человека?
5. Какова причина смерти?

Эталон ответа.

1. При экспертизе трупа гр-на Б., 23 лет, обнаружено повреждение в виде закрытой травмы живота, выразившейся кровоподтеками передней брюшной стенки, кровоизлияниями в пристеночную брюшину, разможжением корня брыжейки тонкого кишечника с разрывом верхней брыжеечной, кишечных и подвздошной кишечной артерий, с массивной кровопотерей (в брюшной полости 2000 мл жидкой крови со сгустками).

2. Данная травма могла возникнуть от не менее одного воздействия тупого твердого предмета (предметов) с силой, достаточной для образования подобных повреждений, при различных обстоятельствах, при этом потерпевший был обращен к травмирующему объекту передней поверхностью живота.

3. Наличие кровоизлияний в мягкие ткани живота, в пристеночную брюшину, разможжения корня брыжейки тонкого кишечника дает основание утверждать, что повреждения являются прижизненными. Учитывая степень выраженности ответной реакции организма на травму: на кровоизлияния в стенку кишечника, в брыжейку кишечника из области разможжения (гистологически) давность закрытой тупой травмы живота с разможжением корня брыжейки тонкого кишечника и развитием внутреннего кровотечения составляет не более 30 минут – 1 часа ко времени наступления смерти.

4. Согласно медицинским критериям (приказ № 194н п.6.1.16., 6.2.3. части 2), закрытая тупая травма живота с разможжением корня брыжейки тонкого кишечника, по своему характеру непосредственно вызвала расстройство жизненно важных функций организма, которое не может быть компенсировано организмом самостоятельно, относится к критериям, характеризующим квалифицирующий признак вреда опасного для жизни человека и по этому признаку квалифицируется как тяжкий вред, причиненный здоровью человека.

5. Причиной смерти явилась массивная кровопотеря, развившаяся вследствие закрытой тупой травмы живота, сопровождавшейся множественными разрывами верхней брыжеечной, кишечной и подвздошной кишечной артерий.

Задача 17. Осмотром установлено. Сарай во дворе дома ... В дальнем углу сарая за кучей мукулатуры на земле лежит труп младенца, завернутый в розовую фланелевую ткань. Труп лежит на спине, лицо несколько повернуто влево. Руки согнуты в локтевых суставах, прижаты к туловищу, кисти рук у подбородка. Ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах, бедра разведены, расстояние между стопами 15 см. Труп младенца женского пола, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Рост 50 см. Трупное окоченение слабо выражено в мышцах нижних конечностей, в остальных обычно исследуемых группах мышц отсутствует. Трупные пятна на задней поверхности тела розовато-фиолетовые, при надавливании не бледнеют. Общий цвет кожных покровов мертвенно-бледный. За ушными раковинами, в складках шеи, в подмышечных и паховых областях сыровидная смазка. Волосы на голове светло-русые, длиной до 1 см. Большой родничок 3х2 см. В теменно-затылочной области слабо выраженная припухлость 6х4 см (родовая опухоль). Глаза закрыты, роговицы тусклые, зрачки округлые, диаметром 0,3 см. Соединительные оболочки глаз бледно-синюшные. Рот закрыт, переходная кайма губ синюшная, зубы отсутствуют, язык за деснами. Отверстия носа, рта и наружные слуховые проходы свободные.

Шея пропорциональна туловищу. Грудная клетка цилиндрической формы. Живот несколько ниже уровня грудной клетки. Пупочное кольцо без признаков воспаления, расположено посередине расстояния между мечевидным отростком и лоном. От пупочного кольца отходит сочная влажная пуповина длиной 4 см; свободный конец ее ровный. Наружные половые органы развиты правильно, большие половые губы прикрывают малые. Кожа в области заднего прохода не загрязнена. Ногти на руках заходят за кончики пальцев, на ногах – не заходят. Кости тела на ощупь целы. Труп направлен для исследования в морг областного бюро судебно-медицинской экспертизы.

Наружное исследование. Труп доставлен завернутым в кусок розовой фланелевой ткани 90х60 см; на ткани множественные, неопределенной формы пятна подсохшей крови от 0,7х0,3 см до 12х6 см. Труп младенца женского пола, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Рост 50 см, вес 3700,0. Окружность головы 33 см, окружность груди 32 см, расстояние между плечиками 13 см. Трупное окоченение отсутствует во всех обычно исследуемых группах мышц. На задней поверхности тела розовато-фиолетовые трупные пятна в виде очагов, не бледнеющие при надавливании. Общий цвет кожных покровов мертвенно-бледный. За ушными раковинами, в складках шеи, в подмышечных и паховых областях сыровидная смазка. Волосы на голове светло-русые, длиной до 1 см. Большой родничок 3х2 см. В теменно-затылочной области слабо выраженная овальная припухлость 6х4 см (родовая опухоль). Глаза закрыты, роговицы тусклые, зрачки округлые, диаметром 0,3 см. Соединительные оболочки глаз бледно-синюшные. Рот закрыт, переходная кайма губ синюшная, зубы отсутствуют, язык за деснами. Отверстия носа, рта и наружные слуховые проходы свободные. Шея пропорциональна туловищу. Грудная клетка цилиндрической формы. Живот несколько ниже уровня грудной клетки. Пупочное кольцо без признаков воспаления, расположено посередине расстояния между мечевидным отростком и лоном. От пупочного кольца отходит сочная влажная пуповина длиной 4 см; свободный конец ее ровный. Наружные половые органы развиты правильно, большие половые губы прикрывают малые. Кожа в области заднего прохода не загрязнена. Ногти на руках заходят за кончики пальцев, на ногах – не заходят. Ядра окостенения в нижних эпифизах бедер диаметром 0,5 см. Лопатки, кости лица, верхних и нижних конечностей на ощупь целы.

Внутреннее исследование. Толщина подкожной жировой клетчатки на груди 0,1 см, на животе 0,2 см. Мышцы шеи, груди и живота на разрезе красные, влажные. Внутренние органы расположены правильно. Высота стояния диафрагмы справа на уровне III, слева – IV ребер. Печень на 2,5 см выступает из-под края реберной дуги. Большой сальник почти не содержит жира. Петли кишечника не вздуты. Дно мочевого пузыря ниже уровня лона. Брюшина влажная, блестящая, в полости ее посторонней жидкости не содержится. Произведена легочная и желудочно-кишечная плавательные пробы. Наложены лигатуры на трахею, ниже гортани, вход и выход из желудка, в нескольких местах перевязан кишечник. Органоккомплекс выделен по методу Шора и погружен в воду. Органоккомплекс, органы грудной клетки, легкие, их доли, крупные и мелкие кусочки, желудок, тонкий кишечник плавают; толстый кишечник тонет. Кусочки легких плавают и после их отжимания под водой. При вскрытии желудка и тонкого кишечника под водой выделяются пузырьки воздуха. В сердечной сорочке около 2 мл прозрачной желтоватой жидкости. Внутренняя поверхность сердечной сумки гладкая. Сердце 4х3х1,5 см, вес 21,0. В полостях сердца следы жидкой крови с единичными красными свертками. Клапаны сердца тонкие, эластичные. Сухожильные нити, сосочковые и трабекулярные мышцы не изменены. Внутренняя оболочка сердца гладкая. Овальное окно и боталлов проток не заращены. Венечные артерии спавшиеся, внутренняя оболочка их гладкая. Толщина мышцы левого желудочка 0,3 см, правого 0,2 см. Мышца сердца дрябловатая, на разрезе красная. Аорта шириной 1 см, края ее на поперечном разрезе разошлись на 1,2 см. Внутренняя оболочка аорты белесоватая, гладкая. В нижней полой вене незначительное количество жидкой крови, внутренняя оболочка ее гладкая. Вход в гортань свободен. Подъязычная кость и хрящи гортани целы. Щитовидная железа дольчатая, на разрезе бледно-красная. Вилочковая железа 4х2х1 см, мягкая, на разрезе розовая. Просвет трахеи и крупных бронхов свободен, слизистая оболочка верхних дыхательных путей бледно-синюшная. Лимфатические узлы заднего средостения эластичные, на разрезе розовые. Легочная плевро гладкая. Легкие пушистые, ткань на разрезе красная, с поверхности разреза при надавливании стекает незначительное количество крови. Надпочечники листовидной формы, корковое вещество желтое, мозговое коричневое. Почки 4,5х2х1 см, капсула снимается легко, поверхность почек гладкая, дольчатая ткань на разрезе красная. Толщина коркового слоя 0,2 см. Слизистая оболочка

лоханок, мочеточников и мочевого пузыря бледно-синюшная. В мочевом пузыре около 10 мл прозрачной желтоватой мочи. Матка плотная, на разрезе бледно-серая. Яичники овальные, на разрезе розовые. Печень 12х8х8х3 см, капсула ее гладкая, ткань на разрезе коричневая, рисунок ткани не выражен, из перерезанных сосудов вытекает незначительное количество крови. В желчном пузыре около 3 мл жидкой желчи, слизистая оболочка его бархатистая. Поджелудочная железа мягкая, на разрезе розоватая, дольчатая. Селезенка 5х3,5х2 см, капсула слегка морщинистая, ткань на разрезе темно-красная, в соскобе незначительное количество крови. Сосочки языка слабо выражены. Миндалины овальные, на разрезе розовые. Просвет пищевода свободен, слизистая оболочка его бледно-синюшная, продольно-складчатая. В желудке около 10 мл розоватой слизи. Слизистая оболочка желудка бледно-розовая, со слабо выраженными складками. В тонком кишечнике незначительное количество белесоватой слизи, в толстом – темно-зеленые массы /меконий/. Слизистая оболочка кишечника бледно-розовая. Внутренняя поверхность кожно-мышечного лоскута головы розовая. Височные мышцы на разрезе красные. Твердая мозговая оболочка не напряжена. Мягкая мозговая оболочка тонкая, прозрачная. Извилины и борозды головного мозга слабо выражены. В желудочках мозга незначительное количество прозрачной желтоватой жидкости. Вещество мозга дряблкое, на разрезе влажное, с хорошо выраженной границей между белым и серым веществом. Вскрыт позвоночник, спинной мозг и его оболочки не повреждены. Кости свода и основания черепа, позвоночник, ключицы, грудина, ребра и кости таза целы. От органов и полостей постороннего запаха не ощущается. Для судебно-биологического исследования взято около 5 мл крови. Для судебно-гистологического исследования взяты кусочки легких и пупочное кольцо.

АКТ СУДЕБНО-ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Описание материала. Стеклянная банка емкостью 0,5 л закрыта резиновой перчаткой, обвязана шпагатом и опечатана сургучной печатью. На банке этикетка с надписью: «Кусочки органов из трупа неизвестного младенца» В банке около 300 мл жидкости с запахом формалина. На слое ваты кусочки легких – 4, пупочное кольцо.

Результаты исследования. Фиксация в 15% растворе формалина, заливка в целлоидин, окраска гематоксилин-эозином, по Вейгерту на эластические волокна.

Легкие: дольчатое строение ткани легких не выражено. Альвеолы расправлены, просветы их свободны. Капилляры межалвеолярных перегородок заполнены кровью с нечеткими контурами эритроцитов. Бронхи округлой формы, эпителий их слущен, просветы свободны. Междольковые соединительно-тканые прослойки тонкие. Сосуды малокровны. При окраске по Вейгерту в препаратах видны эластические волокна, имеющие форму полуколец и полудуг.

Пупочное кольцо: эпидермис не изменен. Капилляры и вены полнокровны. Пупочные артерии сокращены. Внутренние оболочки противоположных стенок артерий местами соприкасаются, образуя подушкообразные выпячивания. Мышечные стенки артерий двуслойного строения. Просветы артерий свободны. Просвет вены расширен, заполнен эритроцитами с четкими контурами.

ВЫПИСКА ИЗ АКТА СУДЕБНО-БИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Описание объекта. Стеклянная пробирка емкостью 8 мл закрыта корковой пробкой и опечатана сургучной печатью. На пробирке этикетка с надписью: «Кровь из трупа неизвестного младенца женского пола». В пробирке 5 мл жидкой крови. *Заключение:* Кровь из трупа младенца женского пола относится к группе В (III), тип М.

Вопросы:

1. Является ли ребенок новорожденным?
2. Родился ребенок живым или мертвым?
3. Является ли ребенок зрелым? На каком месяце внутриутробной жизни родился ребенок?
4. Является ли ребенок жизнеспособным?
5. Какова причина смерти ребенка?
6. Сколько времени жил ребенок после рождения?
7. Имеются ли признаки ухода за ребенком?
8. Сколько времени прошло с момента наступления смерти до осмотра места происшествия?
9. Какова группа крови ребенка?

Эталон ответа.

1. Ребенок является новорожденным на основании наличия сочной влажной пуповины, длиной 4 см; родовой опухоли в теменно-затылочной области; сыровидной смазки за ушными раковинами, в складках шеи, в подмышечных и паховых областях, а также наличия мекония в толстом кишечнике.

2. Ребенок родился живым, что доказывает легочная и желудочно-кишечная плавательные пробы. Органоккомплекс, органы грудной клетки, легкие, их доли, крупные и мелкие кусочки, желудок, тонкий кишечник плавают; толстый кишечник тонет. Кусочки легких плавают и после их отжимания под водой. При вскрытии желудка и тонкого кишечника под водой выделяются пузырьки воздуха. Также живорожденность подтверждается результатами гистологического исследования легких и пуповины.

3. На каком месяце внутриутробной жизни родился ребенок? Ребенок является зрелым. При осмотре толщина подкожной жировой клетчатки на груди 0,1 см, на животе 0,2 см, развита достаточно; длина волос на голове 1 см; пупочное кольцо расположено посередине расстояния между мечевидным отростком и лоном; ногтевые пластинки на пальцах рук заходят за концы пальцев; наружные половые органы развиты правильно, большие половые губы прикрывают малые. Ядра окостенения в нижних эпифизах бедер диаметром 0,5 см. Ребенок родился на 10-м лунном месяце.

4. Ребенок является жизнеспособным, так как родился ростом 50 см., весом 3700, на 10-м лунном месяце.

5. Смерть ребенка произошла предположительно от охлаждения, так как труп был найден в сарае на полу в позе «эмбриона»: руки согнуты в локтевых суставах, прижаты к туловищу, кисти рук у подбородка, ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах.

6. После рождения ребенок жил 5-6 часов, что доказывает наличие воздуха только в тонком кишечнике.

7. Признаков ухода за ребенком не имеется, так как труп был найден в сарае на полу.

8. С момента наступления смерти до осмотра прошло 48 часов, так как трупное окоченение слабо выражено в мышцах нижних конечностей, в остальных группах мышц отсутствует, а также трупные пятна при надавливании не бледнеют.

9. Группа крови ребенка В (III), тип М.

Задача 18. Осмотром установлено. Квартира расположена на втором этаже деревянного двухэтажного здания. ... У стены, влево от входной двери никелированная застланная кровать с тремя большими подушками. Под кроватью находится жестяное ведро, в котором обнаружен труп ребенка, завернутый в кусок грязной хлопчато-бумажной ткани, испачканной подсохшей кровью.

Труп находится в полусидячем положении. Руки согнуты в локтевых суставах над углом 30 градусов, прижаты к груди. Ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах под углом примерно 45 градусов, прижаты к животу. Труп младенца женского пола. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Рост 51 см. Трупное окоченение выражено умеренно во всех обычно исследуемых группах мышц. В поясничной области, на ключицах, на бедрах бледно-фиолетовые трупные пятна, не бледнеющие при надавливании. Волосы на голове темно русые длиной до 1 см. глаза закрыты. роговицы мутноватые, зрачки округлые, диаметром 0,7 см каждый. Соединительные оболочки глаз бледно-серые. Отверстия рта, носа, наружные слуховые проходы свободные. Рот закрыт. Переходная кайма губ бледно-розовая, подсохшая. Язык за деснами. Шея развита соответственно туловищу. На коже средней части шеи косовосходящая замкнутая одиночная странгуляционная борозда. На передней поверхности шеи борозда располагается на уровне щитовидного хряща, справа – на 1,5 см, слева – на 0,5 см ниже углов нижней челюсти. Сзади верхний край борозды расположена 2,3 см ниже наружного затылочного бугра. Общая длина борозды 20 см, ширина ее до 0,6 см, глубина 0,2 см. Валики борозды слабо выражены, дно бледно-серое, мягкое.

Грудная клетка цилиндрической формы. Живот ниже уровня грудной клетки. Пупочной кольцо расположено по средней линии живота, посередине между мечевидным отростком и лоном. Кожа пупочного кольца не нарушена. Пуповина длиной 74 см, влажная, блестящая, диаметром 0,8 см от пупочного кольца пуповина направляется вверх и несколько на левую боковую поверхность шеи, поворачивает вправо несколько вверх по задней поверхности шеи, переходит на правую

боковую и переднюю ее поверхности, где располагается почти горизонтально, перекрещиваясь на левой боковой поверхности шеи с восходящей частью пуповины. Противоположный конец пуповины прикреплен к центральной части плаценты, диаметр которой 17 см. Плацента буровато-красная, дольки ее сохранены. Наружные половые органы развиты правильно, большие половые губы прикрывают малые. Кожа вокруг заднего прохода испачкана темно-зелеными массами. На кожных покровах трупа белесоватые, творожистые массы (сыровидная смазка) и подсохшая кровь. Ногти на руках выступают за кончики пальцев, на ногах – достигают кончики пальцев. Кости тела на ощупь целы. Труп направлен в морг областного бюро судебно-медицинской экспертизы для исследования.

Наружнее исследование. Труп младенца женского пола. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Рост 51 см, вес 3000,0. Окружность головы 36 см, окружность груди 34 см, ширина плеч 12 см. Трупное окоченение выражено умеренно во всех обычно исследуемых группах мышц. В поясничной области, на ключицах, на бедрах бледно-фиолетовые трупные пятна, не бледнеющие при надавливании. Кожа лица синюшно-красная, передней тела – синюшная. На кожных покровах тела помарки засохшей крови, зеленоватые кашицеобразные массы (первородный кал). В складках тела белесоватые, творожистые массы (сыровидная смазка). Пушковые волосы слабо выражены на наружных поверхностях обеих плеч и на предплечье и поверхности грудной клетки. Волосы на голове темно русые длиной до 1 см, глаза закрыты, роговицы мутноватые, зрачки округлые, диаметром 0,7 см каждый. Соединительные оболочки глаз бледно-серые. Отверстия рта, носа, наружные слуховые проходы свободные. Рот закрыт. Переходная кайма губ бледно-розовая, подсохшая. Зубы отсутствуют. Язык за деснами. Слизистая оболочка десен и полости рта бледно-розовая. Шея развита соответственно туловищу. На коже средней части шеи косовосходящая замкнутая одиночная странгуляционная борозда. На передней поверхности шеи борозда располагается на уровне щитовидного хряща, на правой боковой – на 1,5 см, на левой – на 0,5 см ниже углов нижней челюсти. Сзади верхний край борозды расположена 2,3 см ниже наружного затылочного бугра. Общая длина борозды 20 см. Окружность шеи на этом уровне 20,5 см. Ширина борозды спереди и слева 0,6 см, справа и сзади 0,5 см, глубина ее 0,2 см. Валики борозды неотчетливые, дно бледно-серое, мягкое. Грудная клетка цилиндрической формы. Живот ниже уровня грудной клетки. Пупочной кольцо расположено по средней линии живота, посередине между мечевидным отростком и лоном. Кожа пупочного кольца не изменена. Пуповина длиной 74 см, влажная, блестящая, диаметром 0,8 см, противоположный конец пуповины прикреплен к центральной части плаценты, диаметр которой 17 см, вес 500,0 ткань на разрезе буровато-красная, дольки ее сохранены. Наружные половые органы развиты правильно, большие половые губы прикрывают малые. Кожа вокруг заднего прохода испачкана темно-зелеными массами. Ногти на руках выступают за кончики пальцев, на ногах – достигают кончики пальцев. В эпифизах бедренных костей и в пяточных костях обнаружены ядра окостенения диаметром до 0,5 см. Лопатки, кости лица, верхних и нижних конечностей на ощупь целы.

Внутреннее исследование. Толщина подкожной жировой клетчатки на груди 0,2 см, на животе 0,2 см. Мышцы шеи, груди и живота на разрезе влажные, красные. Высота стояния диафрагмы справа – на уровне IV ребра, слева – на уровне V ребра. Печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги. Наложены лигатуры на трахею ниже перстневидного хряща, в области перехода пищевода в желудок, у выхода из желудка, на верхний отдел тощей кишки и на нижний отдел прямой кишки. Большой сальник не содержит жира. Петли кишечника спавшиеся, серозная оболочка их серовато-розовая. Мочевой пузырь ниже лона. Брюшина гладкая, блестящая, в полости ее незначительное количество желтоватой прозрачной жидкости. Легкие выполняют грудной полость, передние края их закруглены. Плевральные полости свободные, пристеночная плевро гладкая. В сердечной сумке несколько капель желтоватой прозрачной жидкости, внутренняя поверхность ее гладкая. Блестящая. Пупочные сосуды проходимы, внутренняя оболочка гладкая. В просвете следы жидкой крови. Комплекс органов, органы грудной клетки, правое и левое легкое, их доли и кусочки, а так же желудок и кишечник, погруженные в воду, плавают. После отжимания кусочки легких продолжают плавать. При вскрытии желудка и кишечника под водой выделяется значительное количество пузырьков воздуха. Сердце 3х5,5х2 см, полости его пусты. Овальное отверстие и Боталлов проток не заращены. Внутренняя оболочка сердца гладкая. Мышца сердца плотная, на разрезе буровато-красная. Стенки венечных артерий тонкие, внутренняя оболочка их гладкая. Ширина аорты на уровне диафрагмы 0,9 см, внутренняя оболочка ее гладкая. В просвете

нижней поллой вены жидкая кровь, внутренняя оболочка ее гладкая. Вход в гортань свободен. Подъязычная кость и хрящи гортани целы. Щитовидная железа дольчатая, на разрезе буровато-красная. Зобная железа 5х3х0,5 см, дрябловатая, на разрезе красновато-розовая. Просветы трахеи и крупных бронхов свободные. Слизистая оболочка верхних дыхательных путей бледно-розовая. Легочная плевро гладкая, блестящая, под ней округлые темно-красные кровоизлияния диаметром от 0,1 до 0,3 см, поверхность легких мраморного вида, ткань пушистая, на разрезе темно-красная, с поверхности разреза стекает умеренное количество красноватой пенистой жидкости. Надпочечники листовидной формы, корковое и мозговое вещество хорошо различимо. Почки 5,0х2,5х2 см, капсула снимается легко, поверхность дольчатая. Ткань почек плотная, на разрезе темно-красная, рисунок ткани хорошо выражен. Слизистая оболочка лоханок, мочеточников и мочевого пузыря бледно-серая. В мочевом пузыре около 10мл желтой прозрачной мочи. Матка плотная, на разрезе бледно-серая. Яичники овальные, на разрезе белесоватые. Печень 11х6х6,5 см, капсула гладкая, ткань плотная, на разрезе буровато-коричневая, рисунок строения ткани не выражен. В желчном пузыре около 2см 3 светло-оливковой желчи. Слизистая оболочка пузыря желтовато-зеленая, бархатистая. Желчные пути проходимы. Поджелудочная железа мягкая, на разрезе серовато-розовая, дольчатая. Селезенка 5х2х1,5 см, капсула ее морщинистая, ткань дрябловатая, на разрезе темно-красная, без соскоба. Сосочки языка хорошо выражены. Миндалины овальные, на разрезе бледно-розовые. Просвет пищевода свободен, слизистая оболочка его бледно-розовая, с хорошо выраженной продольной складчатостью. В желудке незначительное количество сероватой слизи. Слизистая оболочка желудка розовато-серая, складчатость не выражена. В тонком кишечнике незначительное количество сероватой слизи, в толстом – темно-зеленые массы (меконий). Слизистая оболочка кишечника розовато-серая, умеренно складчатая. Внутренняя поверхность кожно-мышечного лоскута головы серовато-розовая. В правой теменно-височной области округлая мягкая припухлость диаметром 7 см (родовая опухоль). На разрезе этой области обнаружена студенистая розовая масса толщиной до 1 см. Височные мышцы на разрезе красные. Большой родничок 3х2 см, твердая мозговая оболочка не напряжена, в синусах ее жидкая кровь. Мягкая мозговая оболочка тонкая, прозрачная. Артерии основания мозга спавшиеся, внутренняя оболочка их гладкая. Борозды и извилины мозга слабо выражены. В желудочках мозга незначительное количество желтоватой прозрачной жидкости. Вещество мозга желеобразное, на разрезе влажное, блестящее. Граница между серым и белым веществом хорошо выражена. Кости свода и основания черепа, грудина, ключицы, ребра, позвоночник и кости таза целы. От органов и полостей трупа постороннего запаха не ощущается. Для гистологического исследования изъятые кусочки легких, пупочное кольцо, участок кожи из области странгуляционной борозды. Для судебно-биологического исследования взято 5 мл крови.

АКТ СУДЕБНО-ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ.

Описание материала: стеклянная банка емкость 005л покрыта резиной перчаткой, перевязана черными нитками и опечатана сургучной печатью. На банке этикетка с надписью: « Кусочки органов из трупа новорожденного». В банке содержится около 350мл жидкости с запахом формалина. На слое ваты кусочки легких и кожи.

Фиксация в 15% растворе формалина, заливка в целлоидин, окраска гематоксилин-эозином. Препараты легких, кроме того, окрашены по Вейгерту на эластическую ткань.

Легкие: дольчатое строение ткани не выражено. Альвеолы расправлены, просветы большинства альвеол пусты, в некоторых из них гомогенная розовая жидкость. Капилляры межальвеолярных перегородок заполнены эритроцитами. Бронхи расправлены, округлой формы, местами встречаются единичные спавшиеся бронхи. Междольковые полости тонкие. Эластические волокна имеют форму полуколец и полудуг.

Пупочное кольцо: эпидермис не изменен. Коллагеновые волокна дермы гомогенизированы. Капилляры и вены дермы резко полнокровные. Пупочные артерии сокращены. Мышечная оболочка двухслойная, внутренняя оболочка образует подушкообразные выпячивания. Вена спавшаяся, стенка ее волнистая, в просвете незначительное количество эритроцитов с нечеткими контурами. Просветы артерии свободны.

Кожа шеи: в одном из участков препарата эпидермис утолщен, роговой слой местами отсутствует, подлежащие слои резко базофильны. Базальная мембрана в виде прямой линии. Придатки кожи уплощены, расположены почти параллельно поверхности эпидермиса. Сосочковый слой дермы слабо базофилен. Коллагеновые волокна сосочкового слоя и сетчатого слоя набухшие,

местами гомогенизированы. В дерме и подкожной клетчатке видны обширные кровоизлияния с проникновением эритроцитов по межтканевым щелям на значительное расстояние. Капилляры сосочкового слоя дермы полнокровны. В одном из участков препарата в подкожной клетчатке артерии резко расширены, заполнены эритроцитами, в противоположном – спавшиеся, вены полнокровны.

ВЫПИСКА ИЗ АКТА СУДЕБНО-БИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Описание объекта. Стеклянная пробирка емкостью 8 мл закрыта черной резиновой пробкой и опечатана сургучной печатью. На пробирке этикетка с надписью «Кровь из трупa младенца женского пола гражданки» В пробирке содержится 5 мл жидкой крови. *Заключение:* Кровь из трупa младенца женского пола относится к группе В (III), тип М.

Вопросы:

1. Является ли ребенок новорожденным?
2. Родился ребенок живым или мертвым?
3. Какова причина смерти ребенка?
4. Является ли ребенок зрелым? На каком месяце внутриутробной жизни родился ребенок?
5. Является ли ребенок жизнеспособным?
6. Сколько времени жил ребенок после рождения?
7. Имеются ли признаки ухода за ребенком?
8. Какова группа крови ребенка?
9. Сколько времени прошло с момента наступления смерти до осмотра места происшествия?

Эталон ответа.

1. Ребенок является новорожденным, т.к на кожных покровах беловатые сыровидные массы, помарки подсохшей крови, зеленоватые кашицеобразные массы (меконий). Имеется пуповина, пуповина длиной 74 см, влажная, блестящая, диаметром 0,8 см. Противоположный конец пуповины прикреплен к центральной части плаценты, диаметр которой 17 см, плацента буровато – красная, дольки ее сохранены. В правой теменно-височной области округлая мягкая припухлость диаметром 7см (родовая опухоль).

2. Ребенок родился живым, что доказывает легочная и желудочно-кишечная плавательные пробы. Комплекс органов, органы грудной клетки, правое и левое легкое, их доли и кусочки, а так же желудок и кишечник, погруженные в воду, плавают. После отжимания кусочки легких продолжают плавать. При вскрытии желудка и кишечника под водой выделяется значительное количество пузырьков воздуха. Также живорожденность подтверждается результатами гистологического исследования легких и пуповины.

3. Причина смерти удушение пуповиной, что подтверждается наличием на коже средней части шеи косовосходящей замкнутой одиночной странгуляционной борозды. Пуповина от пупочного кольца направляется вверх и на левую боковую поверхность шеи, поворачивает вправо несколько вверх по задней поверхности шеи, переходит на правую боковую и переднюю ее поверхности, где располагается почти горизонтально, перекрещиваясь на левой боковой поверхности шеи с восходящей частью пуповины. Признаки сдавления тканей шеи подтверждаются результатами гистологического исследования кожи шеи эпидермис утолщен, роговой слой местами отсутствует, подлежащие слои резко базофильны. Базальная мембрана в виде прямой линии. Придатки кожи уплощены, расположены почти параллельно поверхности эпидермиса. Сосочковый слой дермы слабо базофилен. Коллагеновые волокна сосочкового слоя и сетчатого слоя набухшие, местами гомогенизированы. В дерме и подкожной клетчатке видны обширные кровоизлияния с проникновением эритроцитов по межтканевым щелям на значительное расстояние. Капилляры сосочкового слоя дермы полнокровны.

4. Ребенок является зрелым, т.к ребенок правильного телосложения, удовлетворительного питания. Рост 51 см, вес 3000 г., окружность головы 36 см, груди 34 см, ширина плеч 12 см. Пупочное кольцо расположено по средней линии живота, посредине между мечевидным отростком и лоном, ногтевые пластинки на пальцах рук заходят за концы пальцев; наружные половые органы развиты правильно, большие половые губы прикрывают малые. Ядра окостенения в нижних эпифизах бедер диаметром 0,5 см. Ребенок родился на 10-м лунном месяце.

5. Ребенок является жизнеспособным, так как родился ростом 51 см, весом 3000 г, на 10-м лунном месяце.

6. Ребенок жил от 12 до 24 часов после рождения. На это указывает то, что кишечник полностью заполнен воздухом, в толстом отделе кишечника меконий, у основания пуповины нет демаркационного кольца.

7. Признаков ухода нет. Пуповина не отсечена от плаценты, труп ребенка, завернут в кусок грязной хлопчато-бумажной ткани, испачканной подсохшей кровью.

8. Кровь из трупа младенца женского пола относится к группе В (III), тип М.

9. С момента смерти ребенка до осмотра места происшествия прошло около от 24 до 48 часов.

Задача 19. Во дворе дома подросток бросил кусок льда в лицо г-ну Н. 44 лет. При освидетельствовании в центре лба на 4 см выше переносицы овальная ссадина, 3х2 см, покрытая плотной темно-бурой корочкой, слегка отслаивающейся по периферии. На верхних веках обоих глаз распространенные багрово-синие кровоподтеки с желтоватым оттенком по периферии.

1. Определить вид, характер, локализацию повреждений.
2. Установить механизм возникновения повреждения.
3. Решить вопрос о давности возникновения повреждений.
4. Установить тяжесть причиненного вреда здоровью человека.

Эталон ответа.

1. Повреждения у гр. Н. носят характер кровоподтеков и ссадин лица.
2. Повреждения возникли от действия твердого тупого предмета (предметов), высказаться о свойствах которого не представляется возможным в связи с отсутствием специфических признаков.
3. Учитывая, что ссадины имеют признаки отслоения корочки периферии, кровоподтек имеет желтоватый оттенок, давность возникновения – в пределах 3-5 суток к моменту обращения.
4. Эти повреждения не влекут за собой кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты общей трудоспособности (медицинские критерии п. 9) и расцениваются как повреждения, не причинившие вред здоровью человека.

Задача 20. В бытовой ссоре на кухне 06.12.22 г. соседка плеснула кипящую воду из кастрюли на руку гр-ки К. 40 лет. Потерпевшая сразу обратилась в травмпункт больницы. В справке из травмпункта указано, что 06.12.22 г. у гр-ки К. имел место ожог тыльной поверхности правой кисти 1-2 ст. Произведена обработка ожоговой поверхности, наложена повязка с мазью Вишневского.

При освидетельствовании 12.12.22 г.: на тыльной поверхности правой кисти в области основных фаланг 2-5 пальцев и 2-5 пястных костей кожа лишена надкожицы, синюшно-розовая, гладкая, влажная, с небольшим мутноватым отделяемым. Край участка неровный, с остатками надкожицы в виде бахромки. При повторном освидетельствовании 25.12.22 г. кожа на тыльной поверхности правой кисти с тонкой блестящей, слегка сморщенной, бледно-розовой надкожицей. Движения пальцев кисти в полном объеме.

1. Определить вид, характер, локализацию повреждений.
2. Установить механизм возникновения повреждения.
3. Решить вопрос о давности возникновения повреждений.
4. Установить тяжесть причиненного вреда здоровью человека.

Эталон ответа.

1. Повреждения у гр-ки К. носили характер ожогов тыльной поверхности правой кисти.
2. Учитывая особенности повреждения на момент обращения, отсутствие надкожицы, влажная поверхность с мутноватым отделяемым, надкожица по периферии ожогов в виде «бахромки», есть основание утверждать, что повреждение возникло от горячей жидкости.
3. Описание повреждений при поступлении в больницу соответствует давности в пределах суток (невоспаленная раневая поверхность, наличие пузырей на ожоговой поверхности и пр.).
4. Это повреждение потребовало лечение на срок менее 21 дня, согласно медицинских критериев п. 8.1., имеющееся повреждение является легким вредом, причиненным здоровью человека.

Задача 21. Около 11 часов 02.09.22 г. одноклассник ударил портфелем по лицу несовершеннолетнего П. 12 лет. При освидетельствовании 02.09.22 г.: спинка носа припухшая, на ней темно-синий овальный кровоподтек 5х4 см. В носовых ходах следы засохшей крови. Носовое

дыхание не нарушено, жалобы на болезненность при ощупывании носа. На рентгенограммах определяется поперечный перелом носовых костей в средней части без смещения отломков.

При повторном освидетельствовании 09.12.22 г. Нос не деформирован, кровоподтек бледно-желтого цвета. Жалобы на небольшую болезненность при ощупывании спинки носа.

1. Определить вид, характер, локализацию повреждений.
2. Установить механизм возникновения повреждения.
3. Решить вопрос о давности возникновения повреждений.
4. Установить тяжесть причиненного вреда здоровью человека.

Эталон ответа.

1. Повреждения у несовершеннолетнего П., 12 лет, носят характер перелома костей спинки носа без смещения и кровоподтека этой области.

2. Повреждения возникли от действия твердого тупого предмета (предметов), высказаться о свойствах которого не представляется возможным, в связи с отсутствием специфических признаков.

3. Учитывая, что кровоподтек темно-синий, повреждение возникло незадолго до обращения, в пределах 1 -3 суток, что не противоречит обстоятельствам дела.

4. Для консолидации костей спинки носа обычно требуется 10-12 суток и в связи с изложенным, повреждение является легким вредом, причиненным здоровью человека.

Задача 22. В ссоре 03.11.22 г. сосед ударил г-на Щ., 29 лет, топором по правой руке и отрубил 1 палец. В справке травмпункта 03.11.22 г. указано, что у Щ. отсутствует половина основной фаланги первого пальца правой кисти. Раневая поверхность на культе ровная, кровоточащая. В хирургическом отделении больницы произведена ампутация 1 пальца в пястно-фаланговом суставе. Послеоперационный период протекал без осложнений, швы сняты на 7 день.

При освидетельствовании 17.11.22 г.: первый палец правой кисти отсутствует с уровня пястно-фалангового сустава. Культи хорошо сформирована: на ней – линейный розово-синюшный рубец, длиной 2,5 см, плотный, малоподвижный, болезненный при ощупывании. Движение остальных пальцев кисти в полном объеме.

1. Определить вид, характер, локализацию повреждений.
2. Установить механизм возникновения повреждения.
3. Решить вопрос о давности возникновения повреждений.
4. Установить тяжесть причиненного вреда здоровью человека.

Эталон ответа.

1. Повреждение носило характер травматической ампутации на уровне основной фаланги 1-го пальца правой кисти.

2. Учитывая, что на момент обращения мягкие ткани кровоточат, отсутствует описание линии повреждения на уровне сустава, решить вопрос о свойствах орудия (предмета) не представляется возможным.

3. Учитывая, что на момент обращения рана кровоточит, есть основание считать, что травма имела место незадолго до обращения.

4. Это повреждение квалифицируется, как повреждение вызвавшее вред здоровью средней тяжести по признаку длительного (более 21 дня) расстройства.

Задача 23. В ссоре 23.10.22 г. пьяный знакомый откусил кончик носа г-ну З., 34 лет. Обратился в травмпункт, где наложена давящая пращевидная повязка. При освидетельствовании 29.10.22 г. дефект мягких частей спинки и кончика носа, неправильной треугольной формы с неровными крупнофестончатыми краями, размерами 2,5х3,2см; в верхнем углу дефекта на 0,2см выступает хрящевая часть спинки носа. Края раневой поверхности припухшие, несколько отечные, красновато-синюшного цвета, такая же и слизистая перегородки носовых ходов. Грануляция вялая, слабо кровоточащая. При повторном осмотре 12.11.22 г.: кончик носа отсутствует. Края дефекта неровные, рубцово-деформированные, втянутые, синюшно-розовые. Носовое дыхание не нарушено.

1. Определить вид, характер, локализацию повреждений.
2. Установить механизм возникновения повреждения.
3. Решить вопрос о давности возникновения повреждений.

4. Установить тяжесть причиненного вреда здоровью человека.

5. Является ли повреждение изгладимым?

Эталон ответа.

1. Повреждение у гр-на 3. носят характер дефекта мягких тканей носа.

2. Решить вопрос о механизме травмы не представляется возможным в связи с отсутствием детального описания в медицинских документах.

3. В связи с тем, что на момент обращения поврежденные ткани отечные, кровоподтечные, есть основание считать, что они возникли незадолго до обращения.

4. Данное повреждение квалифицируется как повреждение, вызвавшее легкий вред здоровью, по признаку кратковременного (менее 21 дня) расстройства здоровья.

5. Повреждение является неизгладимым.

Задача 24. Гр-ка Г., 15 лет, заявила, что вечером по пути домой была изнасилована неизвестным мужчиной. Защищаясь, отталкивала мужчину, он бил ее кулаками и ногами по телу. Во время полового акта боли не чувствовала, крови не было. Специальный анамнез: месячные с 13 лет, регулярные, через 28 дней, по 5 дней, безболезненные. Последние были за 2 воскресенья до происшествия. Половая жизнь до этого случая отрицает. При объективном обследовании установлено, что на передней поверхности грудной клетки в области рукоятки грудины расположен округлый кровоподтек красно-синего цвета, размером 2 x 1,5 см. На лбу, в правой скуловой области, на левой щеке и на подбородке – ссадины неправильной формы под корочкой красно-бурого цвета, размерами от 0,5 x 0,8 см до 1,5 x 1,2 см. Вторичные половые признаки представлены в виде хорошо выраженного оволосения под мышками и на лобке. Молочные железы полушаровидной формы размерами 26 x 18 см. Соски выражены, бледно-коричневого цвета, околососковые кружки также бледно-коричневого цвета, из сосков при надавливании ничего не выделяется. Данные антропометрических измерений: окружность грудной клетки в спокойном состоянии – 70 см, на вдохе – 73 см, на выдохе – 67 см, окружность плеча в средней трети – 41 см, окружность бедра в средней трети – 60 см, окружность голени в средней трети – 34 см, рост, стоя – 158 см, сидя – 62 см. Вес 59 кг. Зубов 28. Размеры таза: расстояние между остями – 23 см, между гребнями – 26 см, между вертелами – 29 см, внешняя конъюгата – 13 см. Наружные половые органы развиты и сформированы правильно. Слизистая оболочка входа влагалища розово-синюшная, без повреждений. Девственная плева кольцевидной формы, мясистая, со слегка закругляющимся избыточным невредимым свободным краем, опадающим книзу. Высота девственной плевы от 0,3 до 0,6 см. Отверстие плевы в растянутом виде 3 см. Соотношение величины шейки и тела матки 1:3. В содержимом из влагалища при судебно-иммунологическом исследовании обнаружены сперматозоиды.

Вопросы:

1. Нарушена ли у гр-ки Г. целостность девственной плевы?

2. Допускает ли строение девственной плевы половой акт без нарушения ее целостности?

3. Имеются ли признаки того, что с гр-кою Г. был совершен половой акт?

Эталон ответа.

У гражданки Г. нарушена целостность девственной плевы, о чем свидетельствует описание «...девственная плева кольцевидной формы, мясистая, со слегка закругляющимся избыточным невредимым свободным краем, опадающим книзу. Высота девственной плевы от 0,3 до 0,6 см. Отверстие плевы в растянутом виде 3 см...». Строение девственной плевы в данном случае не допускает половой акт без нарушения целостности девственной плевы. Основным признаком что с гражданкой Г. был совершен половой акт свидетельствует судебно-иммунологическое исследование, при котором обнаружены сперматозоиды.

Задача 25. Гр-ка К., 16 лет, рассказала, что два дня тому назад шла к школе через лес, из-за деревьев вышел незнакомый мужчина, свалил ее на землю стал срывать из нее одежду, ложился на нее и попробовал выполнить с ней половой акт. Боль она не чувствовала, крови не было. Жалоб не выражает.

Специальный анамнез: месячные с 15 лет, регулярные по 5 дней, болезненные, последние были в прошлом месяце 3 воскресенья назад. Половую жизнь до этого происшествия отрицает.

При объективном обследовании установлено, что гр-ка К. имеет правильное телосложение, пониженного питания. Каких-либо повреждений на теле не обнаружено. Вторичные половые признаки представлены оволо-сением под мышками и на лобке, волосы редкие, прямые, длиной до 1,5 см. Молочные железы полушаровидной формы размерами 18х14 см, без уплотнений. Соски и околососковые кружки бледно-коричневого цвета. Данные антропометрических измерений: окружность грудной клетки в спокойном состоянии – 89 см, на вдохе – 72 см, на выдохе – 68 см, окружность плеча в средней трети – 40 см, окружность голени в средней трети – 33 см. Рост, стоя – 157 см, сидя – 61 см. Размеры таза: расстояние между осями 21 см, между гребнями – 25 см, между вертелами – 28 см, внешняя конъюгата – 16 см. Внешние половые органы развиты и сформированы правильно. Слизистая оболочка входа влагалища бледно-красного цвета, без повреждений. Девственная плева в прошлом кольцеобразной формы, средней высоты и мясистой, на цифре 6 условного циферблата часов имеется выемка, которая доходит к основе плевы, края ее без кровоизлияний, в глубине отмечается нежный белесоватый рубец. Отверстие плевы в растянутом виде 3,2 см, кольцо сокращения не выражено. Тело матки отклонено назад, подвижное, придатки безболезненные. При судебно-иммунологическом исследовании содержания влагалища сперматозоиды не обнаружены.

Вопросы:

1. Нарушена ли целостность девственной плевы у гр-ки К. но какой давности это нарушение?
2. Достигла ли гр-ка К. половой зрелости?

Эталон ответа.

Гражданка К. достигла половой зрелости, целостность девственной плевы не нарушена.

Оценочные средства к разделу 4. Судебно-медицинская экспертиза по уголовным и гражданским делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников (4-й семестр)

Вид оценочного средства: фонд тестовых заданий к разделу 4

№	Вопрос	Варианты ответов	Эталон
1.	За рамки компетенции судебно-медицинской экспертной комиссии выходит вопрос о	1. правильности лечения 2. виновности врача 3. причине смерти больного 4. наличии причинной связи между лечением и наступлением смерти 5. полноте объема обследования	2
2.	Обстоятельство, исключаящее уголовную ответственность врача за неоказание медицинской помощи	1. окончание рабочего дня 2. болезнь врача 3. выходной день у врача 4. несовпадение профиля болезни со специализацией врача 5. проживание больного на другом участке	2
3.	К должностным преступлениям относят:	1. халатность 2. незаконное помещение в психиатрический стационар 3. оставление в опасности 4. хищение наркотических средств 5. заражение ВИЧ-инфекцией	1
4.	В состав судебно-медицинской экспертной комиссии при разборе «врачебных дел» не может входить:	1. судебно-медицинский эксперт 2. следователь следственного комитета 3. зам. начальника бюро по экспертной работе 4. начальник бюро СМЭ 5. врач-консультант	2

5.	Что является основанием для возбуждения против врача уголовного дела по статье 122 УК РФ?	1. халатные действия 2. служебный подлог 3. получение взятки 4. заражение больного ВИЧ-инфекцией 5. неоказание помощи больному	4
6.	К преступлениям против здоровья населения и общественной нравственности относят:	1. халатность 2. служебный подлог 3. оставление в опасности 4. хищение наркотических средств 5. заражение ВИЧ-инфекцией	4
7.	Какое минимальное количество специалистов должно входить в состав судебно-медицинской комиссии при производстве экспертизы по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников?	1. не менее 3 2. не менее 4 3. не менее 5 4. не менее 6 5. не менее 7	4
8.	Решение о госпитализации граждан без их согласия принимается:	1. врачом скорой медицинской помощи 2. консилиумом врачей 3. главным врачом поликлиники 4. судом	4
9.	К какому действию или бездействию относят правоохранительные органы неоказание помощи больному:	1. к врачебной ошибке 2. к несчастному случаю 3. к административному проступку 4. к умышленному преступлению	4
10.	Оказание медицинской помощи населению является	1. обязанностью медицинского работника 2. ответственностью медицинского работника 3. правом медицинского работника	1
11.	Соблюдение больным предписаний врача и внутреннего распорядка лечебного учреждения является	1. ответственностью медицинского работника 2. правом пациента 3. обязанностью пациента	3
12.	Выбор лечащего врача и лечебного учреждения является	1. правом пациента 2. обязанностью пациента 3. не зависит от пациента	1
13.	Защита профессиональной чести и достоинства врача является	1. обязанностью медицинского работника 2. ответственностью медицинского работника 3. правом медицинского работника 4. обязанностью пациента	3
14.	Неоказание медицинской помощи больному является	1. ответственностью медицинского работника 2. правом медицинского работника 3. служебным выбором медицинского работника 4. дисциплинарным проступком медицинского работника	1
15.	Облегчение боли, связанной с заболеванием является	1. обязанностью медицинского работника 2. ответственностью медицинского работника 3. правом медицинского работника 4. обязанностью пациента	1
16.	Страхование медицинским работником профессиональной ошибки является	1. обязанностью медицинского работника 2. ответственностью медицинского работника 3. правом медицинского работника 4. обязанностью пациента	3
17.	Неоказание медицинской	1. умышленным преступлениям в связи с медицинской	1

	помощи больному без уважительных причин относится к:	деятельностью 2. врачебной ошибке 3. несчастным случаям в медицинской практике 4. умышленным преступлениям не связанным с медицинской деятельностью 5. дисциплинарным правонарушениям	
18.	Нарушение медицинским работником прав граждан в области охраны здоровья	1. является поводом для наступления гражданской ответственности медицинского работника 2. является правом медицинского работника 3. является проступком медицинского работника 4. не подлежит юридической квалификации	1
19.	Халатность	1. явление, не наносящее вред обществу в целом 2. умышленное преступление 3. невыполнение должностным лицом своих обязанностей 4. добросовестное заблуждение врача 5. невозможность предвидеть последствия	3
20.	Врачебная ошибка	1. явление, не наносящее вред обществу в целом 2. умышленное преступление 3. невыполнение должностным лицом своих обязанностей 4. добросовестное заблуждение врача 5. невозможность предвидеть последствия	4
21.	Несчастный случай	1. явление, не наносящее вред обществу в целом 2. умышленное преступление 3. невыполнение должностным лицом своих обязанностей 4. добросовестное заблуждение врача 5. невозможность предвидеть последствия	5
22.	Врачебной ошибкой считается:	1. искреннее заблуждение врача, обусловленное несовершенством медицинской науки 2. ошибочное действие медицинского персонала, являющееся нарушением действующих инструкций 3. нарушение лечебно-диагностического процесса из-за незнания врача 4. неправильное оказание медицинской помощи при отсутствии умысла причинить вред больному	1
23.	Под ненадлежащим исполнением лицом своих профессиональных обязанностей понимается:	1. сознательное нарушение правил предосторожности, влекущее смерть пациента 2. несоответствие психофизиологических особенностей врача требованиям специальности 3. любые отступления от заданных законом условий 4. совершение деяний, не отвечающих официальным требованиям	4
24.	Незаконная выдача рецептов	1. явление, не наносящее вред обществу в целом 2. умышленное преступление 3. невыполнение должностным лицом своих обязанностей 4. добросовестное заблуждение врача 5. невозможность предвидеть последствия	2
25.	Основанием для производства судебно-медицинской экспертизы является:	1. определение судов различных инстанций 2. поручение руководителей органов здравоохранения 3. указание исполнительных органов власти 4. письменная просьба адвокатов 5. заявление потерпевшего	1
26.	Предоставить информацию о состоянии здоровья пациента, прогнозе имеющегося у него заболевания вправе:	1. лечащий врач по просьбе пациента 2. любой врач по просьбе пациента 3. любой врач, а также средний медперсонал по просьбе пациента	1

		4. главный врач или его заместитель по просьбе пациента	
27.	В соответствии с ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан» искусственное прерывание беременности по желанию женщины производится:	1. в сроке беременности до 12 недель 2. в сроке беременности до 16 недель 3. в сроке беременности от 12 до 16 недель 4. в сроке беременности от 12 до 22 недель	1
28.	Среди профессиональных правонарушений медицинских работников стерилизация мужчин и женщин без медицинских показаний относятся к:	1. врачебным ошибкам 2. несчастным случаям в медицинской практике 3. умышленным преступлениям в связи с медицинской деятельностью 4. неосторожным действиям медицинских работников	3
29.	Возглавлять судебно-медицинскую экспертную комиссию при проведении экспертизы качества оказания медицинской помощи имеет право:	1. главный врач ЛПУ 2. начальник Бюро СМЭ 3. следователь, назначивший экспертизу 4. представитель министерства здравоохранения	2
30.	В соответствии с ФЗ № 323 Об основах охраны здоровья граждан искусственное прерывание беременности по социальным показаниям производится:	1. в сроке беременности до 12 недель 2. в сроке беременности до 22 недель 3. в сроке беременности от 12 до 16 недель 4. в сроке беременности от 12 до 22 недель	2
31.	Статья 123 УК РФ предусматривается наказание за незаконное производство аборта лицом:	1. не имеющим медицинского образования 2. не имеющим медицинского образования соответствующего профиля 3. имеющим начальное медицинское образование 4. работающим в акушерско-гинекологическом отделении	2
32.	За допущенную врачебную ошибку может наступить ответственность в виде:	1. лишения права заниматься врачебной деятельностью 2. наложения административного штрафа 3. возмещения морального вреда в размере, установленном пациентом 4. понижения в должности или увольнения	3
33.	Врач может быть привлечен к уголовной ответственности за:	1. врачебную ошибку 2. ятрогенное заболевание 3. несчастный случай в медицинской практике со смертельным исходом 4. халатность	4
34.	Медицинская деонтология это:	1. раздел психологии, изучающий особенности общения медицинского персонала и пациентов 2. учение о приемах диагностики заболеваний на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи 3. раздел судебной медицины, изучающий особенности построения экспертных выводов 4. учение о способах оценки качества оказания медицинской помощи 5. учение о должном поведении врача, направленном на оказание медицинской помощи	5
35.	В соответствии с ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», лечащий врач – это:	1. врач, который организывает и непосредственно оказывает пациенту медицинскую помощь 2. медицинский работник, имеющий специальное медицинское образование, работающий в медицинском учреждении	1

		3. врач, работающий в медицинской организации, в трудовые обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности 4. любой врач, который принимает участие в наблюдении, консультировании, лечении пациента	
36.	В соответствии с ФЗ № 323 Об основах охраны здоровья граждан искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям производится:	1. в сроке беременности до 12 недель 2. в сроке беременности до 22 недель 3. в сроке беременности от 12 до 22 недель 4. в любом сроке беременности	4
37.	Ухудшение состояния здоровья пациента, связанное с дефектом оказания медицинской помощи	1. расценивается как причиненный вред здоровью 2. не расценивается как вред здоровью 3. расценивается как вред здоровью только в случае летального исхода	1
38.	Врач будет привлечен к ответственности за неоказание:	1. специализированной медицинской помощи 2. медико-санитарной помощи 3. медико-социальной помощи 4. первой неотложной медицинской помощи	4
39.	На медико-социальную экспертизу после перенесенной травмы в случае благоприятного трудового и клинического прогноза пациент направляется при:	1. нетрудоспособности до 4 месяцев 2. нетрудоспособности до 10 месяцев 3. нетрудоспособности до 6 месяцев 4. сразу после выписки из стационара	2
40.	Какая из нижеперечисленных причин неоказания медицинской помощи рассматривается как неуважительная?	1. отсутствие транспортного средства для выезда к больному 2. отсутствие у медицинского работника специальной подготовки 3. болезнь медицинского работника 4. занятость лечением не менее тяжело больного пациента	2
41.	Оценку качества оказания медицинской помощи в случае возникновения жалоб со стороны пациента проводит:	1. врачебная комиссия 2. администрация лечебного учреждения 3. эксперт страховой компании 4. судебно-медицинская экспертная комиссия	4
42.	Судебно-медицинская экспертиза по уголовным делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников во всех случаях является:	1. комиссионной 2. повторной 3. стационарной 4. первичной	1
43.	В соответствии с законом осуществление эвтаназии:	1. возможно на основании нотариально удостоверенного желания больного при заведомо смертельном исходе заболевания 2. проводится по письменному заявлению ближайших родственников больного 3. выполняется по письменному заявлению смертельно больного 4. запрещается во всех случаях	4
44.	В каких случаях действия врача расцениваются как врачебная ошибка:	1. объективные трудности диагностики 2. недостаточный опыт врача 3. неоказание помощи больному 4. индивидуальная особенность течения болезни 5. отсутствие средств диагностики и лечения	1, 2, 4
45.	В основе врачебных ошибок НЕ	1. объективная трудность диагностики	3

	может лежать:	2. недостаточный опыт врача 3. неоказание помощи больному 4. индивидуальные особенности течения болезни 5. отсутствие средств диагностики и лечения	
46.	Какие врачебные ошибки могут быть обнаружены при производстве СМЭ по «врачебным делам»?	1. диагностические 2. лечебные 3. организационные 4. по оформлению медицинской документации	1, 2, 3, 4
47.	Деятельность медицинского работника регламентирована следующими официальными документами:	1. конституцией РФ 2. УПК РФ 3. присягой врача 4. основами законодательства РФ об охране здоровья граждан	1, 2, 3, 4
48.	Вопрос о проведении неотложного медицинского вмешательства в интересах больного, состояние которого не позволяет ему выразить свою волю, может быть решен:	1. консилиумом врачей 2. лечащим врачом 3. дежурным врачом 4. любым врачом, принимающим участие в обследовании	1, 3
49.	Основными причинами возникновения врачебных ошибок могут быть:	1. небрежность в действиях врача 2. атипичное течение заболевания 3. невежество (медицинская неграмотность) врача 4. недостаточный опыт врача	2, 4
50.	Кто вправе назначить комиссионную СМЭ по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников?	1. участковый инспектор ОВД 2. судья 3. адвокат 4. следователь следственного комитета при прокуратуре	2, 4
51.	В случае виновности в причинении вреда здоровью при оказании медицинской помощи возмещению подлежат:	1. утраченный потерпевшим заработок (доход) 2. моральный ущерб 3. расходы потерпевшего на приобретение лекарств 4. расходы потерпевшего на посторонний уход	1, 2, 3, 4
52.	Обстоятельства, исключающие гражданскую ответственность за причинение вреда при оказании медицинской помощи (услуги):	1. вред, возникший вследствие грубой неосторожности самого потерпевшего, 2. вред, возникший вследствие врачебной ошибки 3. вред, возникший вследствие непреодолимой силы 4. вред, возникший вследствие недобросовестного отношения медицинского работника к своим профессиональным обязанностям.	1, 3
53.	Какую из ниже перечисленных причин неоказания медицинской помощи можно рассматривать как уважительную?	1. отсутствие доступа к больному 2. отсутствие у медицинского работника специальной подготовки 3. болезнь медицинского работника, требующая постельного режима 4. занятость лечением другого более тяжело больного человека	1, 3, 4
54.	Согласно УПК РФ, проведение судебно-медицинской экспертизы обязательно:	1. для установления причины смерти и характера повреждений 2. для определения психического состояния подозреваемого 3. для определения психического состояния свидетеля, потерпевшего 4. для установления возраста подозреваемого, потерпевшего 5. для установления соответствия проведенного	1, 4

		лечения медико-экономическим стандартам	
55.	Участие экспертов в составе комиссии из 2 и более человек является обязательным при проведении:	1. первичных экспертиз трупа 2. дополнительных экспертиз потерпевшего 3. экспертиз определения стойкой утраты трудоспособности 4. экспертиз качества оказания медицинской помощи 5. экспертиз определения утраты профессиональной трудоспособности	4, 5
56.	Деятельность медицинских работников регламентируется:	1. приказами МЗ 2. приказами главного врача лечебно-профилактического учреждения 3. методическими указаниями МЗ 4. правилами внутреннего распорядка лечебно-профилактического учреждения	1, 2, 3, 4
57.	О необходимости соблюдения врачебной тайны говорится в:	1. присяге (клятве) врача России 2. уголовном законодательстве 3. Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан 4. Конституции РФ	1, 2, 3
58.	Должностным лицом в лечебно-профилактическом учреждении является:	1. главный врач 2. главная медицинская сестра 3. заведующие отделениями 4. дежурный врач	1, 2, 3, 4
59.	Причиной врачебной ошибки может служить:	1. неполноценное обследование больного 2. несовершенство современных представлений об этиологии и патогенезе заболевания 3. халатность врача 4. атипичность течения заболевания	2, 4
60.	Врач может быть привлечен к уголовной ответственности, если:	1. неблагоприятный исход болезни был обусловлен некачественным обследованием больного 2. неблагоприятный исход болезни был обусловлен дефектами в лечении больного 3. смерть больного обусловлена ненадлежащим выполнением врачом своих профессиональных обязанностей 4. смерть больного наступила из-за несчастного случая	1, 2, 3
61.	Уважительной причиной отказа в оказании неотложной медицинской помощи обычно признают:	1. болезнь медицинского работника; 2. оказание медицинским работником помощи другому, более тяжелому больному; 3. отсутствие транспортного средства; 4. некомпетентность медицинского работника.	1, 2
62.	В соответствии с ФЗ № 323 Об основах охраны здоровья граждан в РФ, качество медицинской помощи – это совокупность характеристик, включающих:	1. отсутствие жалоб со стороны пациента на качество оказания медицинской помощи 2. своевременность оказания медицинской помощи 3. правильность выбора методов диагностики, профилактики, лечения, реабилитации 4. соответствие материально-технического обеспечения ЛПУ современным достижениям медицинской науки 5. степень достижения результата оказания медицинской помощи	2, 3, 5
63.	Изъятие органов и тканей у живого донора допускается действующим законодательством в случае, если:	1. донор предупрежден о возможных осложнениях для своего здоровья; 2. донор выразил в письменной форме согласие на изъятие своих органов или тканей; 3. донор прошел всестороннее медицинское	1, 2, 3

		обследование, по результатам которого консилиум врачей-специалистов дал заключение о возможности изъятия у него органа или тканей при согласии донора 4. донору гарантировано материальное вознаграждение за изъятие органа или тканей.	
64.	Юридическая (правовая) ответственность врача за профессиональные правонарушения включает в себя следующие виды:	1. уголовная 2. гражданско-правовая 3. корпоративная 4. нравственная 5. дисциплинарная	1, 2
65.	Административная ответственность может наступить в виде:	1. административного штрафа 2. административного деликта 3. административного ареста 4. ограничения свободы 5. дисквалификации	1, 3, 5
66.	В Российской Федерации проводятся следующие виды медицинских экспертиз:	1. экспертиза временной нетрудоспособности 2. судебно-медицинская экспертиза 3. экспертиза профессиональной пригодности 4. экспертиза качества медицинской помощи 5. медико-социальная экспертиза	1, 2, 3, 5
67.	Основное значение первичной медицинской документации:	1. лечебное 2. научно-практическое 3. юридическое 4. экспертное 5. историческое	1, 2, 3
68.	Реанимационные мероприятия не проводятся (в соответствии с ФЗ № 323, Правилами определения момента смерти человека, Правилами прекращения реанимационных мероприятий):	1. в случае наступления клинической смерти 2. в случае наступления биологической смерти 3. в случае достоверно установленных неизлечимых заболеваний, травм, несовместимых с жизнью 4. при наличии ориентирующих признаков наступления смерти	2, 3
69.	Обоснованный риск медицинского вмешательства отвечает следующим условиям:	1. возможность достижения полезной цели доказана опытными данными 2. полезная цель не может быть достигнута другими методами 3. наступление вредных последствий лишь возможно, но не неизбежно 4. согласие пациента на медицинское вмешательство 5. извещение руководство лечебного учреждения о планируемом вмешательстве	1, 2, 3, 4
70.	Перечислите основные вопросы, решаемые судебно-медицинской экспертизой по уголовным делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников:	1. правильно и своевременно ли диагностировано имевшееся у пациента повреждение или заболевание? 2. правильно, своевременно и эффективно ли осуществлялось лечение пациента? 3. кто конкретно из медицинских работников несет ответственность за неблагоприятный исход лечения? 4. имеются ли в действиях медицинских работников признаки профессионального преступления?	1, 2
71.	В компетенцию судебно-медицинской экспертной комиссии при оценке качества оказания медицинской помощи входит определение:	1. дефектов при оказании медицинской помощи 2. виновности конкретных медицинских работников в наступлении неблагоприятного исхода лечения 3. халатность в действиях врача или среднего медицинского работника при оказании помощи пациенту	1, 4

		4. причинно-следственной связи дефекта медицинской помощи и неблагоприятного исхода	
72.	Судебно-медицинская экспертиза по оценке качества оказания медицинской помощи назначается:	1. адвокатом 2. следователем 3. главным врачом ЛПУ 4. начальником бюро СМЭ 5. судом	2, 5
73.	Назовите преступления медицинских работников, предусмотренные уголовным законодательством:	1. незаконное производство аборта 2. неоказание помощи больному 3. причинение смерти по неосторожности 4. оставление в опасности 5. незаконная выдача рецептов на получение наркотических средств	1, 2, 3, 4, 5
74.	К уголовно наказуемым профессиональным правонарушениям медицинских работников относятся:	1. халатность 2. незаконное врачевание 3. нарушение противоэпидемических правил 4. врачебная ошибка	1, 2, 3
75.	Причины неблагоприятных последствий в деятельности медицинских работников:	1. врачебные ошибки 2. несчастные случаи в медицинской практике 3. умышленные преступления в связи с медицинской деятельностью 4. тяжелые неизлечимые заболевания (травмы)	1, 2, 3, 4
76.	Оказание медицинской помощи без согласия граждан осуществляется:	1. в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих лиц 2. при тяжелых психических расстройствах 3. в отношении лиц, совершивших общественно опасное деяние 4. в отношении лиц, не достигших 15 лет.	1, 2, 3
77.	Неправовая ответственность врача за профессиональные правонарушения включает в себя следующие виды:	1. гражданско-правовая 2. дисциплинарная 3. корпоративная 4. административная 5. нравственная	3, 5
78.	В соответствии с ФЗ № 323 Об основах охраны здоровья граждан в РФ, пациентом является:	1. физическое лицо, которому оказана медицинская помощь 2. физическое лицо, которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания 3. физическое лицо, которое имеет полис обязательного медицинского страхования 4. физическое лицо – гражданин Российской Федерации, имеющий право на оказание медицинской помощи 5. физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь	2, 5
79.	В соответствии с ФЗ № 323 Об основах охраны здоровья граждан в РФ, пациент имеет право на:	1. выбор врача и медицинской организации 2. отказ от медицинского вмешательства 3. возмещение вреда, причиненного здоровью во время оказания медицинской помощи 4. допуск к нему священнослужителя	1, 2, 3, 4
80.	Информация о состоянии здоровья пациента, прогнозе имеющего у него заболевания может быть предоставлена:	1. лично пациенту, если он согласен 2. его близким родственникам 3. только тем лицам, которым пациент позволил сообщить информацию 4. всем, кто интересуется состоянием здоровья	1, 3

		пациента	
81.	Экспертиза временной нетрудоспособности проводится:	1. только комиссией врачей на весь срок нетрудоспособности 2. только лечащим врачом единолично на весь срок нетрудоспособности 3. лечащим врачом до 15 дней нетрудоспособности, затем комиссией врачей 4. фельдшером до 10 дней нетрудоспособности	3, 4
82.	Медицинский работник имеет право на:	1. обеспечение соответствующих условий труда работодателем 2. повышение квалификации за счет средств работодателя 3. выбор периода очередного отпуска 4. страхование риска своей профессиональной ответственности	1, 2, 4
83.	К заключению экспертной комиссии предъявляются следующие требования:	1. объективность 2. научная обоснованность 3. конкретность 4. общепонятность	1, 2, 3, 4
84.	Комиссионная судебно-медицинская экспертиза может быть:	1. первичной 2. дополнительной 3. повторной 4. единоличной	1, 2, 3
85.	Назовите преступные действия врача как должностного лица медицинского учреждения:	1. получение взятки 2. кража 3. служебный подлог 4. халатность 5. незаконная выдача рецептов на наркотические вещества	1, 3, 4
86.	Что лежит в основе врачебной ошибки:	1. несовершенство современных методов исследования 2. объективные внешние условия 3. недостаточный опыт врача 4. заблуждение, основанное на невежестве врача	1, 2, 3
87.	К объективным трудностям при оказании медицинской помощи относят:	1. бессознательное состояние пациента 2. позднее обращение за медицинской помощью 3. отсутствие необходимых диагностических средств 4. недостаточная квалификация медицинского работника	1, 2, 3
88.	Кто входит в состав судебно-медицинской комиссии при решении вопросов качества оказания помощи:	1. опытные врачи-клиницисты 2. врачи, оказывавшие помощь больному 3. сотрудники правоохранительных органов 4. судебно-медицинские эксперты	1, 4
89.	К уголовно наказуемым профессиональным правонарушениям медицинских работников относятся:	1. незаконное врачевание 2. несчастный случай 3. нарушение противоэпидемических правил 4. проступки	1, 3
90.	Кто из перечисленных ниже лиц является должностными лицами?	1. заведующий отделением 2. лечащий врач 3. ответственный дежурный по приемному покою 4. медицинская сестра отделения	1, 3
91.	Медицинская стерилизация возможна:	1. по письменному заявлению граждан не моложе 35 лет или имеющих не менее 2 детей 2. по письменному заявлению граждан не моложе 35 лет, состоящих в браке 3. независимо от возраста и наличия детей по медицинским показаниям 4. по письменному заявлению гражданина независимо от возраста и наличия детей	1, 3

92.	Дисциплинарная ответственность предусматривает наказание медицинского работника за следующие проступки:	1. опоздание 2. ошибочное суждение врача, повлекшее неверный диагноз 3. конфликт на рабочем месте с пациентом во время оказания медицинской помощи 4. ненадлежащее исполнение своих обязанностей 5. конфликт врача с заведующим отделением.	1, 4
93.	В соответствии с ФЗ № 323 Об основах охраны здоровья граждан в РФ, медицинское вмешательство без согласия гражданина может быть выполнено в случаях когда:	1. необходимо по жизненным показаниям 2. не удается убедить пациента, но вмешательство ему показано 3. проводится судебно-медицинская экспертиза 4. проводится медицинский эксперимент	1, 3
94.	Какие действия врачей на догоспитальном этапе могут явиться основанием для привлечения их к ответственности:	1. неоказание первой врачебной помощи 2. отказ от госпитализации или позднее ее осуществление 3. нарушение правил транспортировки 4. технически неправильное проведение манипуляций	1, 2, 3, 4
95.	Медицинский работник обязан:	1. соблюдать врачебную тайну 2. оказывать медицинскую помощь в соответствии со своей квалификацией 3. совершенствовать профессиональные знания 4. руководствоваться принципами деонтологии медицинской этики	1, 2, 3, 4
96.	Незаконным будет признан аборт, произведенный	1. в сроке 8 недель фельдшером-акушером на дому 2. в сроке 16 недель врачом урологом в нефрологическом отделении больницы 3. в сроке 9 недель акушером-гинекологом в гинекологическом отделении 4. в сроке 12 недель фельдшером-акушером по жизненным показаниям	1, 2
97.	К первичной медицинской документации относятся следующие:	1. медицинская карта стационарного больного 2. медицинское свидетельство о смерти 3. листок нетрудоспособности 4. история развития ребенка	1, 4
98.	Какие законодательные акты регламентируют деятельность медицинских работников:	1. Закон о трансплантации органов и(или) тканей человека 2. ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» 3. Закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» 4. Закон «О медицинском страховании граждан в РФ»	1, 2, 3, 4
99.	Назовите преступные действия врача как должностного лица медицинского учреждения:	1. злоупотребление служебными полномочиями 2. превышение должностных полномочий 3. незаконное врачевание 4. уклонение от уплаты налогов	1, 2
100.	Врачебные ошибки могут быть:	1. организационными 2. диагностическими 3. тактическими 4. техническими 5. лечебными	1, 2, 3, 4, 5
101.	Судебно-медицинская экспертная комиссия при разборе так называемых врачебных дел решает	1. какова причина смерти больного 2. правильно ли было проведено обследование и лечение больного 3. какие упущения были допущены при лечении	1, 2, 3

	следующие вопросы:	больного 4. виновен ли медицинский персонал в допущенных ошибках, и если да, то кто именно	
102.	Врач будет привлечен к уголовной ответственности в следующих случаях:	1. неблагоприятный исход обусловлен несовершенством методов диагностики и атипичностью заболевания 2. смерть больного обусловлена профессиональным невежеством врача 3. врач не мог предвидеть неблагоприятный исход назначенного лечения 4. смерть больного обусловлена ненадлежащим выполнением врачом своих профессиональных обязанностей	2, 4

