

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

**УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ «ВИТЕБСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

М.Ф. Яблонский, А.М. Тетюев, А.А. Буйнов

**УЧЕБНО-КОНТРОЛЬНЫЕ ТЕСТЫ ПО
СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЕ**

Библиотека ВГМУ



Витебск — 2011

УДК 61:340.6(075)

УДК 61:340.6:57.083.3

ББК 58.1 я7

Я14

Рецензенты:

заведующий кафедрой судебной медицины УО «Белорусский государственный медицинский университет», профессор Игумнов С.А.;

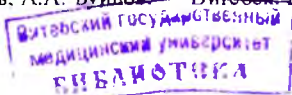
заведующая кафедрой патологической анатомии УО «Витебский государственный медицинский университет», доцент Самсонова И.В.

366101

Яблонский, М. Ф.

Я14 Учебно-контрольные тесты по судебной медицине: учебное пособие / М.Ф. Яблонский, А.М. Тетюев, А.А. Буйнов. — Витебск: ВГМУ, 2011. — 161 с.

ISBN 978-985-466-279-4



Ученое пособие «Учебно-контрольные тесты по судебной медицине» предназначено для студентов лечебного и стоматологического факультетов, изучающих судебную медицину в Витебском государственном медицинском университете.

Тестовые пункты пособия тематически сгруппированы. Они могут применяться для самоконтроля в процессе подготовки студента к занятию, при работе на занятиях, по окончании изучения дисциплины и для контроля итогового уровня знаний студентов.

Учебно-контрольные тесты полностью соответствуют учебному плану, а также программе по судебной медицине для медицинских вузов.

УДК 61:340.6:57.083.3

ББК 58.1 я7

Утверждено и рекомендовано к изданию Центральным учебно-научно-методическим Советом Витебского государственного медицинского университета 30 апреля 2008 года (протокол № 3)

© Яблонский М.Ф., Тетюев А.М., Буйнов А.А., 2011

© УО «Витебский государственный медицинский университет», 2011

ISBN 978-985-466-279-4

Введение

Согласно Закону Республики Беларусь «О здравоохранении» (2001) проведение судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертизы может осуществляться в случаях, предусмотренных законодательством Республики Беларусь. Поскольку законодательством предусмотрено привлечение к производству судебно-медицинских экспертиз, кроме государственных медицинских судебных экспертов, других специалистов учреждений системы здравоохранения и иных ведомств в качестве врачей-экспертов путем включения их в состав судебно-медицинских экспертных комиссий, то каждый врач, независимо от избранной специальности, должен быть подготовлен и к выполнению обязанностей эксперта. Такие требования закона являются основанием для обязательного преподавания судебной медицины в медицинских вузах на разных факультетах.

Стремительный рост объема знаний в медицине в целом и в судебной медицине, в частности, требует поиска более эффективных форм и методик обучения, в том числе и совершенствования системы контроля и измерения уровня обучаемости.

Считается, что наиболее объективной системой контроля качества полученных знаний на сегодняшний день является тест. К тому же тест не требует большого количества учебного времени, для того чтобы оценить, в какой степени студенты овладели необходимым материалом. В пособии тестовые пункты контроля знаний сгруппированы тематически. Они могут быть использованы в процессе изучения судебной медицины для текущей, промежуточной и итоговой аттестации студентов. Эти тесты позволяют проводить мониторинг успеваемости обучаемых, вовремя определять недостатки в подготовке студентов по изучаемой дисциплине.

Тестовые пункты «Пособия» позволяют осуществлять контроль знаний студентов по основным вопросам организационных основ предмета, по судебно-медицинской экспертизе живых лиц, танатологии, экспертизе механических повреждений, смерти от асфиксии и некоторых физических воздействий, от отравлений, скоропостижной смерти, использования лабораторных и специальных видов судебно-медицинской экспертизы, проведения судебно-медицинской экспертизы при нарушениях в профессиональной деятельности медицинских работников.

Тесты обеспечивают надежность контроля знаний по судебной медицине на любой стадии обучения. Использование учебно-контрольных тестов в процессе преподавания судебной медицины является одним из

рычагов, способствующих оптимизации обучения студентов данной дисциплине.

Содержание учебного пособия полностью соответствует учебному плану и учебной программе по судебной медицине, утвержденных Министерством здравоохранения Республики Беларусь, и предназначено для студентов, изучающих судебную медицину на лечебном, стоматологическом и других факультетах медицинских вузов.

РАЗДЕЛ 1
ПРОЦЕССУАЛЬНЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ
В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

1. Каким законодательным актом Белорусская государственная служба медицинских судебных экспертиз преобразована в самостоятельное государственное учреждение?

- 1) Постановлением Совета Министров от 19 июля 1993 г;
- 2) Указом Президента РБ № 112 от 28 января 1997 г;
- 3) Указом Президента РБ № 532 от 6 ноября 1998 г;
- 4) Указом Президента РБ № 808 от 29 декабря 2001 г;
- 5) Приказом Главного государственного судебно-медицинского эксперта РБ от 11 ноября 2002 г № 67а.

2. Судебно-медицинские экспертизы и другие виды судебно-медицинской деятельности осуществляют:

- 1) специалисты, являющиеся государственными судебно-медицинскими экспертами;
- 2) врачи поликлиник, осуществляющие амбулаторный прием граждан;
- 3) лица, занятые научной и педагогической деятельностью в области судебной медицины;
- 4) привлеченные в качестве врачей-экспертов другие специалисты учреждений системы здравоохранения или иных ведомств путем включения их в состав судебно-медицинских экспертных комиссий.

3. Назначение и проведение судебно-медицинской экспертизы согласно УПК РБ обязательно:

- 1) для установления причины смерти;
- 2) для определения характера и степени тяжести телесных повреждений;
- 3) для установления психического или физического состояния подозреваемого, обвиняемого, когда возникает сомнение в их вменяемости или способности самостоятельно защищать свои права в уголовном процессе;
- 4) при оскорблении личности.

4. Судебно-медицинская экспертиза может быть назначена:

- 1) постановлением следователя, дознавателя;
- 2) направлением главврача больницы, поликлиники;

- 3) направлением руководителя учреждения, в котором наступила смерть его работника;
- 4) определением (постановлением) суда.

5. Объектами судебно-медицинской экспертизы являются:

- 1) трупы людей;
- 2) живые лица (потерпевшие, обвиняемые и др.);
- 3) вещественные доказательства;
- 4) материалы и документы.

6. Какие экспертизы могут проводиться одним экспертом?

- 1) первичная судебно-медицинская экспертиза;
- 2) дополнительная экспертиза;
- 3) экспертиза установления возраста;
- 4) повторная экспертиза.

7. Комиссионная экспертиза проводится обязательно при производстве:

- 1) экспертиз по делам о привлечении к уголовной ответственности медицинских работников за профессиональные правонарушения;
- 2) повторных экспертиз;
- 3) дополнительных экспертиз;
- 4) экспертиз в отношении иностранных граждан.

8. Комплексная экспертиза предусмотрена:

- 1) в случаях необоснованности предыдущего заключения эксперта или сомнений в его правильности;
- 2) в случаях недостаточной ясности или неполноте предыдущего заключения;
- 3) в случаях, когда для производства исследования необходимы познания в разных отраслях знаний;
- 4) в случаях проведения сложных экспертиз.

9. Эксперт имеет право:

- 1) знакомиться с материалами, относящимися к предмету экспертизы и выписывать из них необходимые сведения;
- 2) самостоятельно собирать материалы, относящиеся к предмету экспертизы;
- 3) в необходимых случаях проводить допросы потерпевших и свидетелей;
- 4) заявлять ходатайство о привлечении к проведению экспертизы других экспертов.

10. Эксперт обязан:

- 1) дать обоснованное и объективное заключение по поставленным перед ним вопросам;
- 2) явиться по вызову органа, ведущего уголовный процесс;
- 3) не разглашать сведения об обстоятельствах уголовного дела и иные сведения, ставшие ему известными в связи с проведением экспертизы, не будучи об этом предупрежденным судом;
- 4) отказаться от дачи заключения, если представленные ему материалы недостаточны для ответа на поставленные вопросы

11. На стадии предварительного следствия с разрешения следователя эксперт может участвовать:

- 1) в допросах;
- 2) в осмотрах места происшествия;
- 3) в следственных экспериментах;
- 4) участвуя в осмотре места происшествия, производить изъятие вещественных доказательств биологического происхождения.

12. В судебном заседании судебно-медицинский эксперт с разрешения председательствующего вправе задавать вопросы:

- 1) подсудимому;
- 2) свидетелям;
- 3) потерпевшему;
- 4) обвинителю.

13. Оценку заключению эксперта дает:

- 1) прокурор;
- 2) следователь;
- 3) адвокат;
- 4) суд.

РАЗДЕЛ 2
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ТАНАТОЛОГИЯ
(УМИРАНИЕ И СМЕРТЬ, ТРУПНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ,
УСТАНОВЛЕНИЕ ДАВНОСТИ НАСТУПЛЕНИЯ СМЕРТИ)

1. К терминальным состояниям относят:
 - 1) судорожное дыхание;
 - 2) предагональное состояние;
 - 3) остановку сердцебиения;
 - 4) отсутствие роговичного рефлекса.

2. К терминальным состояниям относятся:
 - 1) потеря сознания;
 - 2) агония;
 - 3) биологическая смерть;
 - 4) прекращение электрической активности головного мозга.

3. К терминальным состояниям относятся:
 - 1) гипоксия головного мозга;
 - 2) рефлекторная задержка дыхания;
 - 3) терминальная пауза;
 - 4) клиническая смерть.

4. При наступлении смерти, как правило, вначале прекращается:
 - 1) электрическая активность головного мозга;
 - 2) деятельность сердца;
 - 3) деятельность дыхательного центра;
 - 4) электрическая активность скелетных мышц.

5. Какие из терминальных состояний могут выпадать при «быстро» наступающей смерти?
 - 1) предагональный период;
 - 2) терминальная пауза;
 - 3) агония;
 - 4) клиническая смерть.

6. Преагональное состояние характеризуется следующими признаками:
 - 1) резкой заторможенностью, затемнением сознания;
 - 2) низким артериальным давлением;
 - 3) судорогами скелетной мускулатуры;
 - 4) прекращением биоэлектрической активности головного мозга.

7. Терминальная пауза характеризуется:
- 1) внезапной остановкой дыхания и резким угнетением деятельности сердца;
 - 2) прекращением биоэлектрической активности головного мозга;
 - 3) прекращением обменных процессов;
 - 4) длительным, затяжным течением.
8. Агональный период характеризуется:
- 1) постепенным восстановлением сознания;
 - 2) кратковременным усилением функций дыхания и кровообращения;
 - 3) участием в акте вдоха всей дыхательной мускулатуры (в том числе и вспомогательной);
 - 4) необратимыми изменениями в коре головного мозга.
9. Какие признаки наступления смерти относятся к достоверным?
- 1) отсутствие реакции зрачков на свет;
 - 2) охлаждение тела до 32°C ;
 - 3) отсутствие дыхания и пульса;
 - 4) участки подсыхания на белочной оболочке глаз (пятна Ляшше).
10. Какие из перечисленных признаков смерти относятся к достоверным?
- 1) неподвижное положение тела;
 - 2) отсутствие реакции на раздражение роговицы;
 - 3) отсутствие реакции на болевые, термические и обонятельные раздражители;
 - 4) мышечное окоченение.
11. Какие из перечисленных признаков смерти относятся к достоверным?
- 1) сухость кожных покровов;
 - 2) бледность кожных покровов;
 - 3) отсутствие реакции зрачков на свет;
 - 4) отсутствие биоэлектрической активности сердца и коры головного мозга.
12. К признакам длительной агонии относятся:
- 1) жидкое состояние крови;
 - 2) наличие в полостях сердца и крупных сосудах красных свертков крови;
 - 3) наличие в полостях сердца и крупных сосудах желтых и желто-розовых свертков крови;
 - 4) полнокровие внутренних органов.

13. К ранним трупным изменениям относят:

- 1) охлаждение;
- 2) аутолиз;
- 3) торфяное дубление;
- 4) мумификация.

14. К ранним трупным изменениям относят всё ниже перечисленное, за исключением:

- 1) трупное окоченение;
- 2) жировоск;
- 3) трупные пятна;
- 4) аутолиз.

15. Интенсивные трупные пятна багрово-синюшного цвета характерны для смерти от:

- 1) механической асфиксии;
- 2) отравления окисью углерода;
- 3) общего переохлаждения;
- 4) массивной кровопотери.

16. Трупные пятна при смерти от отравления окисью углерода имеют следующий вид:

- 1) интенсивные, багрово-синюшного цвета;
- 2) интенсивные, ярко-красного цвета;
- 3) выражены слабо, бледные, багрово-синюшного цвета;
- 4) выражены слабо, бледные, розово-фиолетового цвета.

17. Трупные пятна при смерти в результате острой кровопотери обычно имеют следующий вид:

- 1) багрово-синюшного цвета, без заметного побледнения;
- 2) ярко-красного цвета, интенсивные;
- 3) выражены слабо, бледные, багрово-синюшного цвета;
- 4) выражены слабо, бледные, розово-фиолетового цвета.

18. Трупные пятна при смерти в результате обильной кровопотери имеют следующий вид:

- 1) интенсивные, багрово-синюшного цвета;
- 2) интенсивные, ярко-красного цвета;
- 3) выражены слабо, бледные, багрово-синюшного цвета;
- 4) выражены слабо, бледные, розово-фиолетового цвета.

19. Цвет трупных пятен зависит от:

- 1) позы трупа;
- 2) длительности умирания;
- 3) давности наступления смерти;
- 4) причины смерти.

20. Стадия развития трупных пятен гипостаза характеризуется тем, что:

- 1) трупное пятно в месте надавливания пальцем исчезает и через несколько секунд или минут восстанавливает свой цвет;
- 2) трупное пятно в месте надавливания пальцем бледнеет и не восстанавливает свою окраску;
- 3) кровь находится в сосудах, не проникает через сосудистые стенки и не пропитывает мягкие ткани;
- 4) жидкая часть крови диффундирует через сосудистые стенки и пропитывает окружающие ткани.

21. Полное перемещение трупных пятен при изменении положения трупа характерно для:

- 1) стадии гипостаза;
- 2) стадии диффузии (стаза);
- 3) стадии имбибиции;
- 4) трупные пятна никогда не перемещаются при изменении положения трупа.

22. Полное перемещение трупных пятен при изменении положения трупа возможно при давности наступления смерти:

- 1) 4-10 часов;
- 2) 12-24 часа;
- 3) 24-36 часов и более;
- 4) 48 часов и более.

23. Стадия диффузии (стаз) трупных пятен характеризуется тем, что:

- 1) трупное пятно в месте надавливания пальцем исчезает и через несколько секунд или минут восстанавливает свой цвет;
- 2) трупное пятно в месте надавливания пальцем бледнеет и восстанавливает свою окраску через несколько минут – десятков минут;
- 3) кровь находится в сосудах, не проникает через сосудистые стенки и не пропитывает мягкие ткани;
- 4) жидкая часть крови частично диффундирует через сосудистые стенки и пропитывает окружающие ткани.

24. Частичное перемещение трупных пятен при изменении положения трупа характерно для:

- 1) стадии гипостаза;
- 2) стадии диффузии (стаза);
- 3) стадии имбибиции;
- 4) трупные пятна никогда не перемещаются при изменении положения трупа.

25. Если труп перевернуть спустя 15 часов после наступления смерти, то трупные пятна:

- 1) полностью переместятся в нижележащие части тела;
- 2) трупные пятна переместятся частично, т.е. сохранятся и ранее образовавшиеся трупные пятна;
- 3) трупные пятна своего положения не изменят;
- 4) переместятся трупные пятна или нет, зависит от причины смерти.

26. Стадия развития трупных пятен имбибиция (пропитывание) характеризуется тем, что:

- 1) трупное пятно в месте надавливания пальцем не изменяет свою окраску;
- 2) трупное пятно в месте надавливания пальцем бледнеет и восстанавливает свою окраску через несколько минут – десятков минут;
- 3) распавшаяся кровь, просочившаяся из кровеносных сосудов, пропитывает и окрашивает кожу;
- 4) жидкая часть крови частично диффундирует через сосудистые стенки и пропитывает окружающие ткани.

27. Если трупные пятна не переместились при изменении положения трупа, это значит, что:

- 1) с момента смерти прошло не более 24 часов;
- 2) с момента смерти прошло более 24 часов;
- 3) не имеет судебно-медицинского значения;
- 4) с момента смерти прошло не более 12-15 часов.

28. Если труп перевернуть спустя 36 часов после наступления смерти, то трупные пятна:

- 1) полностью переместятся в нижележащие части тела;
- 2) трупные пятна переместятся частично, т.е. сохранятся и ранее образовавшиеся трупные пятна;
- 3) трупные пятна своего положения не изменят;

- 4) переместятся трупные пятна или нет, зависит от причины смерти.

29. Если труп перевернуть спустя 5 часов после наступления смерти, то трупные пятна:

- 1) полностью переместятся в нижележащие части тела;
- 2) трупные пятна переместятся частично, т.е. сохранятся и ранее образовавшиеся трупные пятна;
- 3) трупные пятна своего положения не изменят;
- 4) переместятся трупные пятна или нет, зависит от причины смерти.

30. Распознавание кровоподтека на фоне трупного пятна основывается на следующих признаках:

- 1) кровоподтек может иметь припухлость, более четкие контуры;
- 2) на разрезе трупное пятно характеризуется равномерным окрашиванием кровью;
- 3) на разрезе в месте расположения кровоподтека в мягких тканях выявляются скопления жидкой или свернувшейся крови;
- 4) все вышеперечисленное верно.

31. Мышечное окоченение (трупное окоченение) обычно начинает выявляться:

- 1) через 8-10 часов после наступления смерти;
- 2) к концу первых суток после смерти;
- 3) через 2-4 часа после наступления смерти;
- 4) через 1 час после наступления смерти.

32. Первые признаки гниения трупа при температуре 18-20 °С и нормальной влажности воздуха проявляются:

- 1) на 1-е сутки после смерти;
- 2) на 2-3 сутки после смерти;
- 3) на 4-е сутки после смерти;
- 4) все перечисленное верно.

33. Через 8 часов после наступления смерти при осмотре трупа трупные изменения обычно имеют следующий характер:

- 1) трупные пятна выражены хорошо, в месте надавливания пальцем исчезают и восстанавливают свою окраску в течение 1-2 минут;
- 2) трупное окоченение определяется во всех группах мышц;
- 3) трупные пятна выражены слабо, при надавливании пальцем исчезают и восстанавливают окраску в течение 15 секунд;
- 4) трупное окоченение отсутствует.

34. Определение давности наступления смерти основывается на:

- 1) определении степени выраженности и динамике развития ранних и поздних изменений трупа;
- 2) исследовании суправитальных реакций;
- 3) результатах лабораторных исследований посмертных изменений в органах, тканях и жидкостях от трупа;
- 4) данных совокупности всех вышеперечисленных исследований.

35. Из всех ранних изменений в трупе наиболее объективным для определения давности смерти является:

- 1) динамика развития трупных пятен;
- 2) динамика трупного окоченения;
- 3) анализ изменений температуры тела трупа;
- 4) динамика передвижения по пищеварительному тракту его содержимого.

36. Из суправитальных реакций для установления давности смерти используются:

- 1) реакция зрачка на воздействие 1% растворов атропина и пилокарпина;
- 2) механическое раздражение мышц поколачиванием по ним твердым предметом;
- 3) электрическое раздражение мышц глаза, мимических мышц, разгибателей конечностей;
- 4) посмертная реакция потовых желез на подкожное введение раздражителей.

РАЗДЕЛ 3
ОСМОТР ТРУПА НА МЕСТЕ ЕГО ОБНАРУЖЕНИЯ.
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ТРУПА.
ИССЛЕДОВАНИЕ ЭКСГУМИРОВАННЫХ,
СКЕЛЕТИРОВАННЫХ И РАСЧЛЕНЕННЫХ ТРУПОВ.
СКОРОПОСТИЖНАЯ СМЕРТЬ

1. Для участия в осмотре трупа на месте происшествия следователь может приглашать:

- 1) специалиста в области судебной медицины;
- 2) врача-хирурга;
- 3) врача-терапевта;
- 4) фельдшера

2. После осмотра ран на трупе на месте происшествия врач:

- 1) дает письменное заключение, в котором указывает давность наступления смерти и ее предполагаемую причину;
- 2) дает письменное заключение, в котором указывает характер и степень тяжести телесных повреждений на трупе;
- 3) может в устной форме высказать предположение о причине и давности наступления смерти;
- 4) может в устной форме высказать мнение о предполагаемом оружии травмы

3. На месте обнаружения трупа судебно-медицинский эксперт:

- 1) самостоятельно собирает следы, похожие на кровь;
- 2) оформляет протокол осмотра трупа;
- 3) оказывает следователю помощь в обнаружении и изъятии следов, похожих на кровь, сперму и другие выделения человека;
- 4) дает письменное заключение о возможной причине смерти

4. При обнаружении на трупе резаной раны шеи исследование трупа начинают с:

- 1) вскрытия полости черепа;
- 2) проведения пробы на воздушную эмболию;
- 3) вскрытия шеи;
- 4) вскрытия грудной и брюшной полостей.

5. Кусочки внутренних органов, изъятые для последующего судебно-гистологического исследования, помещают:

- 1) в холодильник;
- 2) в 10% раствор формалина;
- 3) в 40% раствор формалина;

4) в изотонический раствор хлорида натрия.

6. При внутреннем исследовании трупа в обязательном порядке исследуют:

- 1) полость черепа;
- 2) грудную полость;
- 3) брюшную полость;
- 4) позвоночник.

7. Позвоночник и спинной мозг подлежат исследованию при:

- 1) черепно-мозговой травме;
- 2) травме живота и забрюшинного пространства;
- 3) транспортной травме;
- 4) падении с высоты.

8. При подозрении на воздушную эмболию:

- 1) вскрытие начинают с исследования полости черепа;
- 2) вскрытие начинают с исследования сосудистых сплетений боковых желудочков;
- 3) извлекают сердце, погружают его в воду и прокалывают желудочки;
- 4) прокалывают желудочки сердца под водой до извлечения сердца из грудной полости.

9. Укажите порядок исследования внутренних органов при судебно-медицинском исследовании трупа:

- 1) органы исследуют посистемно;
- 2) органы исследуют в порядке их расположения;
- 3) сначала исследуют головной мозг, затем органы грудной и брюшной полостей

4) очередность исследования органов производится по усмотрению эксперта в зависимости от конкретных обстоятельств

10. При исследовании частей расчлененного трупа или отдельных частей трупа эксперт первоначально должен установить:

- 1) принадлежат ли они человеку или животному;
- 2) их анатомическую принадлежность;
- 3) состояние организма к моменту смерти;
- 4) в каких внешних условиях находились части трупа после смерти.

11. В практике судебной медицины и криминалистике различают следующие виды расчленений трупа:

- 1) отделение частей трупа с целью затруднения опознания личности покойного;
- 2) расчленение с целью облегчения транспортировки и сокрытия частей трупа;
- 3) расчленение с целью воспрепятствования установлению давности наступления смерти;
- 4) расчленение психически больным человеком при т. н. сексуальных убийствах.

12. При экспертизе частей трупа или костных останков необходимо установить:

- 1) видовую их принадлежность;
- 2) одному или нескольким скелетам принадлежат обнаруженные объекты;
- 3) наличие химических (ядовитых) веществ в исследуемых останках;
- 4) личность умершего.

13. По костным останкам скелетированного трупа можно установить:

- 1) видовую принадлежность;
- 2) половую принадлежность;
- 3) иногда причину смерти умершего;
- 4) возраст и рост покойного.

14. Установление принадлежности частей расчлененного трупа одному трупу или нескольким решается:

- 1) посредством сопоставительных исследований линий и плоскостей разделения;
- 2) путем установления их антигенных свойств;
- 3) посредством спектрального анализа макро- и микро-элементов в костной ткани отдельных костей;
- 4) сравнительно-анатомическим методом, основанным на различии анатомо-морфологического строения костей.

15. Способы и предметы, которыми может быть произведено расчленение:

- 1) действием тупых предметов, обладающих значительной массой и большой скоростью;
- 2) острыми режущими и колюще-режущими предметами;
- 3) рубящими и пилящими предметами;

4) путем сдавления тела.

16. В каких случаях при исследовании расчлененных трупов возможно решить вопрос о причине смерти:

- 1) если с момента смерти прошло немного времени и на частях трупа обнаружены несовместимые с жизнью повреждения;
- 2) при обнаружении морфологических признаков заболеваний, которые могли обусловить наступление смерти;
- 3) когда на костях скелетированного трупа имеются переломы костей свода и основания черепа;
- 4) когда в плевральных полостях имеется большое количество крови.

17. Эксгумацию трупа производит:

- 1) следователь в присутствии понятых;
- 2) судебно-медицинский эксперт в присутствии понятых;
- 3) следователь с участием врача-специалиста в области судебной медицины;
- 4) следователь с участием иного врача (не судебно-медицинского эксперта).

18. Необходимость исследования эксгумированного трупа возникает:

- 1) когда труп был захоронен без вскрытия, а позже появилась версия о возможности насильственной смерти;
- 2) если первичная экспертиза проведена с существенными недостатками;
- 3) если родственники покойного не согласны с результатами первичной экспертизы;
- 4) если выявились какие-либо новые обстоятельства, требующие дополнительных исследований.

19. При исследовании эксгумированного трупа необходимо описание:

- 1) всех повреждений, которые имелись на трупе и были описаны при первичном его исследовании;
- 2) повреждений, которые были причинены при первичном исследовании трупа;
- 3) материала, из которого сделан гроб, его состояние и содержимое;
- 4) изменений, которые образовались вследствие разложения трупа.

20. Какие вопросы бывает возможным решить при исследовании трупа, эксгумированного спустя длительное время после захоронения:

- 1) характер и механизм образования повреждений костей;
- 2) обнаружить в останках металлические яды (мышьяк), некоторые

- алкалоиды;
- 3) определить давность наступления смерти;
- 4) определить особенности повреждений головного мозга.

21. Если заподозрена смерть от отравления, то при исследовании эксгумированного трупа на судебно-химическое исследование изымаются:

- 1) пробы из земли над и под гробом (по 500 г);
- 2) части гроба и одежды, имеющейся на трупе;
- 3) органы (если они еще различимы) или их разложившиеся остатки;
- 4) фрагменты длинных трубчатых костей.

22. Назовите основные причины, вызывающие скоропостижную смерть детей в возрасте до 1 года?

- 1) инфекционные заболевания;
- 2) ревматические поражения сердца;
- 3) аллергические реакции и иммунодефицитные состояния;
- 4) родовая травма.

23. Синдром внезапной смерти грудных детей характеризуют следующие признаки, кроме:

- 1) отсутствие каких-либо клинических проявлений, предшествующих смерти;
- 2) отсутствие каких-либо специфических морфологических либо лабораторных данных;
- 3) наличие морфологических признаков быстрого наступления смерти;
- 4) выраженная гипертрофия левого желудочка сердца.

24. Крайняя степень дезадаптации ребенка грудного возраста (до 1 года), лежащая в основе развития синдрома внезапной смерти детей (нежизнеспособности их), может проявляться:

- 1) наличием у ребенка врожденных пороков развития;
- 2) наличием наследственных прогрессирующих заболеваний;
- 3) последствиями черепно-мозговой родовой травмы;
- 4) абсцессом большого полушария головного мозга отогенного происхождения.

25. Диагноз артериальной гипертензии в качестве причины смерти устанавливается при наличии всех ниже перечисленных признаков, за исключением:

- 1) гипертрофии миокарда;

- 2) плазморрагии стенок артериол;
- 3) острого трансмурального инфаркта миокарда;
- 4) поражения мелких артерий и артериол по типу гиалиноза.

26. Диагноз артериальной гипертензии в качестве причины смерти устанавливается при наличии всех нижеперечисленных признаков, за исключением:

- 1) выраженный атеросклероз аорты;
- 2) спазм сосудов;
- 3) выраженный атеросклероз коронарных и мозговых артерий;
- 4) гипертрофия миокарда.

27. При наличии какой морфологической картины может быть выставлен диагноз артериальной гипертензии в качестве причины смерти (после вскрытия трупа)?

- 1) при обнаружении очагового кровоизлияния в мозг;
- 2) при гипертрофии миокарда (вес сердца не менее 350 г.);
- 3) при выраженном атеросклерозе аорты, коронарных и мозговых артерий;
- 4) при обнаружении разрыва левого желудочка сердца.

28. Факторами риска для развития атеросклероза являются:

- 1) высокое кровяное давление;
- 2) курение, недостаточная физическая активность, психоэмоциональное перенапряжение;
- 3) постоянное потребление избыточного количества углеводов;
- 4) все выше названное.

29. Факторами риска для развития ИБС являются:

- 1) сахарный диабет;
- 2) устойчивое повышенное артериальное давление крови – артериальная гипертензия (выше 90/140 мм.рт.ст.);
- 3) систематическое переедание;
- 4) частые стрессовые состояния.

30. Что из сказанного ниже является критерием для установления диагноза ИБС, как основной причины смерти (по данным исследования трупа)?

- 1) выраженный атеросклероз коронарных артерий сердца;
- 2) инфаркт миокарда;
- 3) постинфарктный крупноочаговый кардиосклероз с наличием аневризмы сердца;
- 4) расслаивающая аневризма аорты.

31. При остром инфаркте миокарда макроскопически заметные признаки выявляются в срок:

- 1) спустя 1-2 часа от начала приступа;
- 2) спустя 6-12 часов от начала приступа;
- 3) спустя 1-2 суток от начала приступа;
- 4) сразу после приступа.

32. Диагноз ИБС как основная причина смерти устанавливается при наличии следующих морфологических признаков, за исключением:

- 1) выраженный атеросклероз аорты;
- 2) инфаркт миокарда;
- 3) постинфарктный крупноочаговый кардиосклероз при отсутствии других наиболее вероятных причин смерти;
- 4) аневризма сердца при отсутствии других наиболее вероятных причин смерти.

33. Диагноз ИБС как основная причина смерти устанавливается при наличии следующих морфологических признаков, за исключением:

- 1) поражение мелких артерий и артериол по типу гиалиноза, фибриноидного пропитывания;
- 2) острая коронарная недостаточность, возникшая при любой степени атеросклероза венечных артерий;
- 3) атеросклеротический кардиосклероз;
- 4) инфаркт миокарда вне зависимости от вида и объема поражения миокарда.

РАЗДЕЛ 4
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА
ТРУПОВ НОВОРОЖДЕННЫХ

1. Признаками новорожденности являются все перечисленные, за исключением:

- 1) наличие на коже сыровидной смазки;
- 2) влажная сочная пуповина;
- 3) наличие точки окостенения в нижнем эпифизе бедра диаметром 0,5 см;
- 4) наличие мекония в толстой кишке.

2. Критериями доношенности являются:

- 1) длина тела 49 см;
- 2) масса тела 2000 г;
- 3) точка окостенения в нижнем эпифизе бедра диаметром 0,3 см;
- 4) наличие мекония в толстой кишке.

3. Длина плода 35 см, масса около 1200 г соответствует:

- 1) 5 лунным месяцам внутриутробной жизни;
- 2) 6 лунным месяцам внутриутробной жизни;
- 3) 7 лунным месяцам внутриутробной жизни;
- 4) 8 лунным месяцам внутриутробной жизни.

4. В каких случаях легочная проба будет положительной?

- 1) младенец живорожденный;
- 2) имеются резко выраженные гнилостные изменения;
- 3) проводилось искусственное дыхание;
- 4) все перечисленное верно.

5. Период новорожденности в судебно-медицинской практике определяется следующим сроком:

- 1) 1-2 суток;
- 2) менее одной недели;
- 3) менее одного месяца;
- 4) все перечисленное верно.

6. Наличие пуповины является признаком:

- 1) живорожденного младенца;
- 2) мертворожденного младенца;
- 3) и то, и другое;
- 4) ни то, ни другое.

7. Выстилающий альвеолы эпителий кубической формы, не расправленные альвеолы, слабо различимые просветы мелких бронхов характерны для:

- 1) живорожденного младенца;
- 2) мертворожденного младенца;
- 3) и то, и другое;
- 4) ни то, ни другое.

8. Положительная плавательная проба, уплощенный эпителий мелких бронхов, эластические волокна в легких в виде пучков волос характерны для:

- 1) живорожденного младенца;
- 2) мертворожденного младенца;
- 3) и то, и другое;
- 4) ни то, ни другое.

9. Длина младенца 35 см в судебной медицине является признаком:

- 1) новорожденности;
- 2) зрелости;
- 3) ухода за младенцем;
- 4) нежизнеспособности.

10. Вес младенца 3000-3500 г. является признаком:

- 1) новорожденности;
- 2) зрелости;
- 3) ухода за младенцем;
- 4) нежизнеспособности.

11. Сочная влажная пуповина без демаркационного кольца на коже является признаком:

- 1) новорожденности;
- 2) зрелости;
- 3) ухода за младенцем;
- 4) нежизнеспособности.

12. Обрезанная перевязанная пуповина, обмытое тело младенца, завернутое в пеленки, является признаком:

- 1) новорожденности;
- 2) зрелости;
- 3) ухода за младенцем;
- 4) нежизнеспособности.

13. Сколько времени после рождения жил новорожденный, если весь тонкий кишечник заполнен воздухом?

- 1) 3 дня;
- 2) часы;
- 3) 1 час;
- 4) минуты.

14. Какова продолжительность жизни младенца после рождения, если в области пупочного кольца имеется выраженное демаркационное воспаление?

- 1) 3-4 часа;
- 2) меньше суток;
- 3) больше суток;
- 4) минуты.

15. Какой вывод может сделать эксперт, если труп младенца с влажной сочной пуповиной и плацентой, а в толстом кишечнике обнаружен меконий?

- 1) младенец живорожденный;
- 2) младенец новорожденный;
- 3) младенец нежизнеспособный;
- 4) экспертного значения эти факты не имеют.

16. Какой экспертный вывод можно сделать по состоянию пуповины трупа младенца?

- 1) определить, новорожденный ли младенец;
- 2) установить жизнеспособность ребенка;
- 3) установить мертворожденность;
- 4) определить причину смерти ребенка.

17. Какие из признаков свидетельствуют о жизнеспособности младенца?

- 1) длина тела 38 см;
- 2) положительные легочная и желудочно-кишечная плавательные пробы;
- 3) младенец доношенный, зрелый, родился живым, отсутствуют уродства развития жизненно важных органов;
- 4) в нижнем эпифизе бедренной кости – ядро окостенения 0,5-0,7 см в диаметре, пуповина сочная, влажная.

18. По каким признакам судят об уходе за новорожденным?

- 1) по степени общего физического развития ребенка;
- 2) по наличию пищи в желудочно-кишечном тракте;
- 3) по степени наполнения воздухом кишечника;

4) по тому, перевязана ли пуповина.

19. Какие вопросы можно решить по скелетированному трупцу младенца?

- 1) новорожденность;
- 2) доношенность;
- 3) срок внутриутробного развития;
- 4) жизнеспособность.

20. Смерть плода до родов может быть вызвана:

- 1) острым инфекционным заболеванием матери, гриппом, дизентерией и др.;
- 2) перекручиванием пуповины;
- 3) отслойкой плаценты;
- 4) кровоизлиянием под оболочки мозга.

21. От сдавления головки ребенка при прохождении через родовые пути могут образоваться:

- 1) оболочечные кровоизлияния;
- 2) внутримозговые кровоизлияния;
- 3) повреждения в виде вдавлений и трещин на лобной и теменных костях;
- 4) переломы костей основания черепа.

РАЗДЕЛ 5
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПОВРЕЖДЕНИЙ
ТУПЫМИ И ОСТРЫМИ ПРЕДМЕТАМИ

1. Клинок колюще-режущего предмета включает в себя:
 - 1) обушок;
 - 2) острие;
 - 3) рукоятку;
 - 4) лезвие.

2. Какие из указанных признаков характерны для колотой раны?
 - 1) большая глубина раневого канала;
 - 2) веретенообразная форма раны;
 - 3) углообразная форма раны;
 - 4) небольшие размеры раны на коже.

3. Какие из указанных признаков характерны для резаной раны?
 - 1) имеется дефект мягких тканей при сопоставлении краев раны;
 - 2) большая глубина раневого канала;
 - 3) длина преобладает над глубиной;
 - 4) отсутствие дефекта мягких тканей при сопоставлении краев раны.

4. Резаная рана имеет:
 - 1) ровные края;
 - 2) острые концы;
 - 3) разможенные неровные края;
 - 4) при разведении краев раны на дне определяются соединительнотканнные перемычки.

5. Какую форму могут иметь резаные раны?
 - 1) зигзагообразную;
 - 2) прямолинейную;
 - 3) дугообразную;
 - 4) все выше указанные.

6. Как повреждаются волосы при действии режущего предмета (орудия) в области волосистой части головы?
 - 1) пересекаются в средней части раны;
 - 2) остаются неповрежденными;
 - 3) пересекаются в передней части раны;
 - 4) в концевой части раны, как правило, не повреждаются.

7. О чем свидетельствует наличие дополнительных надрезов в области концов резаной раны:

- 1) о числе травмирующих воздействий режущим предметом;
- 2) о длине клинка ножа;
- 3) о ширине клинка ножа;
- 4) о всем выше указанном.

8. Колотые раны образуются от воздействия:

- 1) предмета, обладающего острым концом и острым краем;
- 2) предмета, обладающего острым концом, но без острого края;
- 3) тупого твердого предмета, обладающего ограниченной повреждающей поверхностью;
- 4) предмета, обладающего колюще-режущими свойствами.

9. Какие повреждения, как правило, сопровождаются обильным внутренним кровотечением?

- 1) колотые раны;
- 2) колото-резанные раны;
- 3) резаные раны;
- 4) царапины.

10. Какую форму имеет рана на коже при погружении колющего предмета с многогранным сечением?

- 1) углообразную;
- 2) зигзагообразную;
- 3) звездчатую;
- 4) щелевидную.

11. Рану, причиненную колющим предметом, следует дифференцировать с:

- 1) входной огнестрельной раной;
- 2) колото-резаной раной;
- 3) резаной;
- 4) ушибленной.

12. При каком условии при извлечении клинка ножа из раны образуется дополнительный разрез, отходящий под острым углом по отношению к длиннику раны?

- 1) извлечение клинка ножа из раны производилось с давлением на обухок;
- 2) извлечение клинка ножа из раны производилось с давлением на лезвие;
- 3) оба ответа правильные;
- 4) оба ответа не правильные.

13. Какой признак определяется при извлечении ножа из раны с преимущественным давлением на лезвие клинка?

- 1) дефект ткани;
- 2) «ласточкин хвост»;
- 3) увеличение длины раны;
- 4) увеличение глубины раны.

14. Что учитывается при определении длины клинка, которым была нанесена колото-резанная рана?

- 1) толщина кожного покрова;
- 2) состояние краев и концов раны;
- 3) толщина одежды;
- 4) толщина мышц.

15. При исследовании кожного лоскута с колото-резаной раной, изъятая от трупа, эксперт может установить:

- 1) толщину обушка клинка;
- 2) ширину клинка;
- 3) длину клинка;
- 4) все выше указанное.

16. Глубина раневого канала у раны, образовавшейся от действия колюще-режущего предмета, может:

- 1) соответствовать длине клинка ножа;
- 2) быть больше, чем длина клинка ножа;
- 3) быть меньше, чем длина клинка ножа;
- 4) все выше указанное верно.

17. Морфологические признаки раны, образовавшейся от срезывающих воздействий стригущего орудия (предмета):

- 1) дефект мягких тканей не определяется;
- 2) веретенообразная форма раны;
- 3) острые углы и ровные края раны;
- 4) определяется дефект мягких тканей.

18. Какие признаки определяются в области краев ран, причиненных пилой?

- 1) осаднение;
- 2) короткие параллельные надрезы или царапины;
- 3) бахромчатость;
- 4) все выше указанное верно.

19. Какие признаки характеризуют рубленую рану, причиненную рубящим предметом с тупым лезвием?

- 1) зазубренные, осадненные края и концы;
- 2) полосы обтирания;
- 3) ровные края и острые концы;
- 4) дефект мягких тканей.

20. Какие признаки характеризуют рубленую рану, причиненную рубящим предметом с острым лезвием?

- 1) полосы обтирания;
- 2) неровные, осадненные края и концы;
- 3) ровные края и острые концы;
- 4) отсутствие дефекта мягких тканей.

21. Какую форму могут иметь рубленые раны?

- 1) зигзагообразную;
- 2) продолговатую;
- 3) угловатую;
- 4) округлую.

22. Морфологические признаки ушибленной раны:

- 1) неровные края;
- 2) определяется дефект мягких тканей;
- 3) соединительнотканые перемычки на дне раны;
- 4) дефект мягких тканей не определяется.

23. Какие признаки характерны для ушибленной раны, расположенной в области волосистой части головы?

- 1) неровные края;
- 2) звездчатая форма раны;
- 3) наличие в стенках раны вывороченных луковиц волос;
- 4) округлая форма раны с образованием дефекта мягких тканей.

24. Какие факторы влияют на сроки заживления ушибленной раны на теле человека?

- 1) инфицированность раны;
- 2) качество оказания медицинской помощи;
- 3) анатомическая локализация повреждения;
- 4) все выше указанное.

25. Какие характерные признаки определяются на стороне сжатия при диафизарных переломах длинных трубчатых костей?

- 1) кортикальные трещины отсутствуют;

- 2) поверхность излома крупнозубчатая;
- 3) нередко траектория перелома раздваивается, образуя треугольный отломок;
- 4) края перелома плохо сопоставимы.

26. Какие признаки определяются на стороне растяжения при диафизарных переломах длинных трубчатых костей?

- 1) наличие кортикальных трещин;
- 2) мелкозубчатая, поперечная линия перелома;
- 3) неполное сопоставление костных отломков;
- 4) линия перелома носит крупнозубчатый характер.

27. Винтообразные переломы возникают при:

- 1) ротации тела вокруг фиксированной конечности;
- 2) ротации конечности относительно фиксированного тела;
- 3) воздействии травмирующей силы вдоль оси кости;
- 4) воздействии травмирующей силы перпендикулярно оси кости.

28. Воздействие значительной травмирующей силы вдоль оси кости вызывает образование:

- 1) многооскольчатых переломов;
- 2) вколоченных переломов;
- 3) полных поперечных переломов;
- 4) винтообразных переломов.

29. Для дырчатых переломов характерно:

- 1) соответствие размеров дефекта кости форме и размерам ударяющей (травмирующей) поверхности;
- 2) несоответствие размеров дефекта кости форме и размерам ударяющей (травмирующей) поверхности;
- 3) и то, и другое;
- 4) ни то, ни другое.

30. При формировании террасовидного перелома происходит:

- 1) вклинение ребра грани контактной части тупого твердого предмета в кость;
- 2) образование радиальных трещин;
- 3) давление и скольжение самой грани по костной ткани;
- 4) все выше указанное верно.

31. При травмирующем воздействии в затылочную область головы чаще образуются переломы:

- 1) костей свода черепа;

- 2) костей свода и основания черепа;
- 3) костей основания черепа;
- 4) костей лицевого скелета.

32. При ударе по нижней челюсти тупым твердым предметом в направлении спереди и снизу могут образовываться:

- 1) перелом тела нижней челюсти;
- 2) перелом ветвей нижней челюсти;
- 3) выкрашивание зубной эмали;
- 4) все выше указанное.

33. Какие ребра наиболее часто повреждаются при травме от действия тупых твердых предметов?

- 1) 1-3 ребра;
- 2) 4-7 ребра;
- 3) 8-12 ребра;
- 4) 1-12 ребра.

34. Переломы ребер, возникающие в месте непосредственного травмирующего воздействия тупого твердого предмета, называются:

- 1) прямыми;
- 2) вдавленными;
- 3) непрямыми;
- 4) вколоченными.

35. Переломы ребер, возникающие не в месте непосредственного травмирующего воздействия (на удалении) тупого твердого предмета, называются:

- 1) прямыми;
- 2) вдавленными;
- 3) непрямыми;
- 4) винтообразными.

36. Для конструкционных переломов ребер является типичным:

- 1) единичные переломы;
- 2) множественные переломы, расположенные по одной анатомической линии;
- 3) по 1-2 перелома по нескольким анатомическим линиям;
- 4) все выше указанное верно.

37. Распространение ударной волны по паренхиматозному органу вызывает зигзагообразные растрескивания его капсулы и разрывы паренхимы, которые направлены по отношению к распространению ударной волны:

- 1) параллельно;
- 2) поперечно;
- 3) в разные стороны;
- 4) радиально.

38. Какие факторы приводят к развитию травматической буллезной эмфиземы легких?

- 1) разрыв легочной ткани;
- 2) травматическое перемещение внутренних органов;
- 3) резкая компрессия массивным предметом;
- 4) закрытие просвета дыхательных путей инородным телом.

39. Для кровоподтека характерно:

- 1) пропитывание кровью мягких тканей вследствие разрыва кровеносных сосудов;
- 2) скопление крови в мягких тканях с образованием полости;
- 3) нарушение целостности кожного покрова;
- 4) размножение мягких тканей.

40. По характеру кровоподтека на теле человека медицинский судебный эксперт может сделать вывод о:

- 1) возможных размерах травмирующего предмета;
- 2) возможной форме травмирующего предмета;
- 3) возможном материале, из которого состоял травмирующий предмет;
- 4) возможной силе травмирующего воздействия.

41. Для гематомы характерно:

- 1) нарушение целостности кожного покрова с обильным пропитыванием мягких тканей в этом месте;
- 2) скопление крови в мягких тканях с образованием полости;
- 3) наличие множественных кровоизлияний в полушариях и стволовых структурах вещества головного мозга;
- 4) все выше указанное верно.

42. По характеру и виду ссадины эксперт может определить ее:

- 1) давность образования;
- 2) направление воздействия травмирующего предмета;
- 3) силу травмирующего воздействия;
- 4) материал, из которого состоял травмирующий предмет.

43. По каким признакам можно установить давность образования ссадины?
- 1) по форме;
 - 2) по состоянию поврежденной поверхности кожи;
 - 3) по размерам;
 - 4) по локализации повреждения.
44. Прижизненные ссадины эксперту необходимо отличать от:
- 1) пергаментного пятна;
 - 2) кровоподтека;
 - 3) электрометки;
 - 4) всего выше указанного.
45. На сроки заживления ссадин оказывает влияние:
- 1) возраст;
 - 2) локализация;
 - 3) глубина повреждения;
 - 4) инфицированность повреждения.
46. От каких видов травмирующих воздействий могут образовываться ссадины?
- 1) растяжение;
 - 2) удар под острым углом;
 - 3) трение;
 - 4) все выше указанное.

РАЗДЕЛ 6
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА
ТРАНСПОРТНОЙ ТРАВМЫ

1. Какой вопрос можно решить по полосе обтирания, образованной колесом рельсового транспортного средства?
 - 1) установить конкретное транспортное средство;
 - 2) установить положение тела на рельсах;
 - 3) установить скорость движения транспортного средства;
 - 4) установить причину смерти.

2. Наличие повреждений в виде полосы давления и полосы обтирания на коже характерно для:
 - 1) удара с большой силой тупым твердым предметом с преобладающей поверхностью;
 - 2) переезда через тело колесом автомобиля;
 - 3) переезда через тело колесами рельсового транспорта;
 - 4) падения с высоты.

3. Отделение, расчленение частей тела наиболее характерно для:
 - 1) столкновения движущегося автомобиля с пешеходом;
 - 2) переезда через тело колес рельсового транспорта;
 - 3) сдавления тела между двумя массивными предметами;
 - 4) выпадения из кузова автомобиля.

4. Какой механизм лежит в основе формирования «хлыстообразных» переломов шейного отдела позвоночника при столкновении движущегося легкового автомобиля с человеком?
 - 1) чрезмерное сгибание;
 - 2) чрезмерное разгибание;
 - 3) кручение;
 - 4) осевая компрессия.

5. При переезде колесом автомобиля через грудную клетку характерно формирование:
 - 1) карминового отека легких;
 - 2) кровоизлияний в «подвешивающий» аппарат внутренних органов;
 - 3) буллезной эмфиземы легких;
 - 4) переломов остистых отростков позвонков.

6. Направление перекатывания колеса автомобиля через тело можно установить:
 - 1) по рисунку протектора;

- 2) по локализации трупных пятен;
- 3) по локализации и характеру переломов ребер;
- 4) по характеру переломов остистых отростков позвонков.

7. Какие повреждения характерны для водителя при лобовом столкновении автомобилей?

- 1) поперечный перелом грудины;
- 2) дугообразные ссадины и кровополтеки на передней поверхности грудной клетки;
- 3) перелом остистых отростков поясничных позвонков;
- 4) разрыв пищевода.

8. У кого из пострадавших при лобовом столкновении автомобилей чаще обнаруживаются повреждения сердца и дуги аорты?

- 1) у пассажира заднего сидения;
- 2) у пассажира переднего сидения;
- 3) у водителя автомобиля;
- 4) указанные повреждения для травмы в салоне автомобиля не характерны.

9. Для столкновения движущегося автомобиля с человеком характерно возникновение:

- 1) следов скольжения на подошвенной поверхности обуви;
- 2) разрывов дуги аорты;
- 3) надрывов, кровоизлияний в «подвешивающем аппарате» внутренних органов;
- 4) многооскольчатых двусторонних переломов костей таза.

10. При переезде колесами автомобиля через тело человека характерно образование:

- 1) полосчатых осаднений и поперечных кровоподтеков на коже в сочетании с повреждением одежды;
- 2) следов скольжения на подошвенной поверхности обуви;
- 3) отслойки кожи с образованием обширных «карманов», заполненных излившейся кровью;
- 4) поперечного перелома грудины в сочетании с дугообразными ссадинами и кровоподтеками на передней поверхности грудной клетки.

11. Какие повреждения наиболее часто возникают у водителя при лобовом столкновении автомобилей?

- 1) множественные двусторонние переломы ребер в сочетании с отрывами остистых отростков грудных и поясничных позвонков;

- 2) полулунные или кольцевидные ссадины и кровоподтеки на передней поверхности грудной клетки;
- 3) наблюдается несоответствие между наружными и внутренними повреждениями;
- 4) переломы надколенника, бедренной кости, вертлужной впадины.

12. След давления на коже при переезде колесом рельсового транспорта образуется:

- 1) от действия давящей поверхности обода колеса;
- 2) от действия головки рельса;
- 3) образуется только на одной стороне тела;
- 4) при перекатывании через шею или конечности образуется только с одной стороны.

13. Расчленение частей тела с наличием крупнозубчатых углообразных лоскутков, обращенных в одну сторону, характерно для:

- 1) взрывной травмы;
- 2) переезда через тело колесом рельсового транспорта;
- 3) волочения тела впереди движущегося транспортного средства;
- 4) повреждения винтом водного транспорта.

14. Наличие на туловище параллельно расположенных ран, ориентированных под острым углом к продольной оси туловища, характерно для:

- 1) перекатывания через тело колес рельсового транспорта;
- 2) волочения тела перед движущимся транспортом;
- 3) действия лопастей водного транспорта;
- 4) действия пилящих предметов.

15. Наличие обширных рвано-ушибленных ран одинаковой направленности и величины характерно для:

- 1) перекатывания через тело колес рельсового транспорта;
- 2) действия винтов моторных лодок, небольших катеров;
- 3) авиационной травмы;
- 4) скольжения тела по покрытию дороги.

16. Установить, был ли летчик живым во время возгорания самолета, возможно с помощью:

- 1) определения концентрации карбоксигемоглобина;
- 2) гистологического исследования следов ожогов;
- 3) по характеру переломов костей;
- 4) по наличию частей тканей кисти в обломках приборов, на рычагах, рукоятках управления.

17. Для установления положения пилота в момент авиационной катастрофы необходимо исследование:

- 1) кистей пилота;
- 2) стоп пилота;
- 3) перчаток и обуви пилота;
- 4) крови, мышечной ткани.

18. При столкновении движущегося автомобиля с пешеходом травмирующими факторами являются:

- 1) удар частями автомобиля;
- 2) сдавление тела;
- 3) общее сотрясение тела;
- 4) растяжение.

19. При столкновении движущегося автомобиля с пешеходом повреждения возникают от:

- 1) удара частями автомобиля;
- 2) удара о дорожное покрытие;
- 3) сдавления тела;
- 4) трения о дорожное покрытие.

20. При столкновении грузового автомобиля с пешеходом повреждения возникают от:

- 1) удара частями автомобиля;
- 2) удара о части автомобиля при забрасывании на капот;
- 3) удара о покрытие дороги;
- 4) трения о покрытие дороги.

21. На одежде пострадавшего в результате дорожно-транспортного происшествия могут быть обнаружены:

- 1) частицы краски автомобиля;
- 2) отпечатки протектора колеса;
- 3) участки пропитывания горюче-смазочными материалами;
- 4) осколки стекла.

22. При переезде через грудную клетку колесом автомобиля образуются:

- 1) отслойка кожи с образованием обширных «карманов», заполненных излившейся кровью;
- 2) множественные двусторонние переломы ребер;
- 3) морфологические признаки общего сотрясения тела;
- 4) «бампер-перелом».

23. При столкновении автомобиля с пешеходом от действия бампера образуется характерный перелом, который:

- 1) является оскольчатым, осколок в боковой проекции по форме приближается к треугольной, вершиной направленный к месту удара;
- 2) является винтообразным;
- 3) является оскольчатым, осколок в боковой проекции по форме приближается к треугольной, широким основанием обращен к месту удара;
- 4) является вколоченным.

24. По расположению и особенностям «бампер-перелома» можно установить:

- 1) скорость движения автомобиля;
- 2) какой частью тела был обращен пострадавший к автомобилю в момент наезда;
- 3) направление переезда через тело;
- 4) высоту расположения бампера автомобиля.

25. При лобовом столкновении автомобилей для пассажира переднего сидения наиболее характерны повреждения:

- 1) резаные раны на лице;
- 2) перелом хрящей гортани;
- 3) дугообразные ссадины и кровоподтеки на грудной клетке;
- 4) поперечные переломы грудины.

26. Наличие «бампер-перелома» характерно для:

- 1) наезда автомобиля на пешехода;
- 2) переезда колесами автомобиля;
- 3) и то, и другое;
- 4) ни то, ни другое.

27. Направление перекатывания колеса автомобиля через тело человека можно установить:

- 1) по характеру трупного окоченения;
- 2) по переломам лопаток;
- 3) по характеру «бампер-перелома»;
- 4) по характеру переломов остистых отростков позвонков.

28. Преобладание внутренних повреждений над внешними характерно для:

- 1) падения со значительной высоты на плоскую поверхность;
- 2) столкновения автомобиля с пешеходом;
- 3) и то, и другое;

- 4) ни то, ни другое.
29. Образование «хлыстообразного» перелома шейного отдела позвоночника характерно для:
- 1) падения со значительной высоты на плоскую поверхность;
 - 2) столкновения движущегося автомобиля с пешеходом;
 - 3) и то, и другое;
 - 4) ни то, ни другое.
30. Образование «хлыстообразного» перелома шейного отдела позвоночника характерно для:
- 1) травмы водителя при лобовом столкновении автомобилей;
 - 2) столкновения движущегося автомобиля с пешеходом;
 - 3) и то, и другое;
 - 4) ни то, ни другое.
31. Травматическая буллезная эмфизема характерна для:
- 1) падения со значительной высоты на плоскую поверхность;
 - 2) столкновения автомобиля с пешеходом;
 - 3) и то, и другое;
 - 4) ни то, ни другое.
32. Наличие следов «первичного шипка» на коже характерно для:
- 1) столкновения автомобиля с пешеходом;
 - 2) переезда через тело колеса автомобиля;
 - 3) и то, и другое;
 - 4) ни то, ни другое.
33. Травматическая буллезная эмфизема характерна для:
- 1) падения со значительной высоты на плоскую поверхность;
 - 2) переезда колесами автомобиля через грудную клетку;
 - 3) и то, и другое;
 - 4) ни то, ни другое.
34. Наличие таких повреждений как кровоизлияния в корни легких, в ворота селезенки, ворота почек, в брыжейку тонкой и толстой кишки характерно для:
- 1) падения со значительной высоты на плоскую поверхность;
 - 2) переезда колесами автомобиля через грудную клетку;
 - 3) и то, и другое;
 - 4) ни то, ни другое.

35. Образование комплекса повреждений в виде кровоизлияния в корни легких, в ворота селезенки, ворота почек, в брыжейку тонкой и толстой кишки характерно для:

- 1) падения со значительной высоты на плоскую поверхность;
- 2) столкновения движущегося автомобиля с пешеходом;
- 3) и то, и другое;
- 4) ни то, ни другое.

36. Отпечатки рисунка протектора колеса на одежде и теле пострадавшего вследствие переезда автомобиля дают возможность установить:

- 1) направление движения автомобиля;
- 2) скорость движения автомобиля;
- 3) тип автомобиля;
- 4) положение тела на момент переезда.

37. Наличие на коже полосовидных ссадин и кровоподтеков, располагающихся перпендикулярно линии переезда и примерно на одинаковом расстоянии друг от друга, характерно для:

- 1) переезда через тело колесами рельсового транспорта;
- 2) волочения тела по покрытию дороги;
- 3) переезда через тело гусеницей трактора;
- 4) переезда через тело колесами трактора.

38. Рваные раны промежности и передне-боковых поверхностей нижних конечностей характерны для:

- 1) травмы мотоциклиста при столкновении мотоцикла с неподвижным предметом;
- 2) травмы пассажира мотоцикла при столкновении его (мотоцикла) с неподвижным предметом;
- 3) травмы водителя при лобовом столкновении автомобилей;
- 4) травмы пешехода при наезде на него автомобиля.

39. Поверхностные разрывы кожи на поверхностях 1 и 2 пальцев кистей характерны для:

- 1) пассажира переднего сидения автомобиля при лобовом столкновении;
- 2) водителя автомобиля при лобовом столкновении;
- 3) водителя мотоцикла при лобовом столкновении;
- 4) пассажира мотоцикла при лобовом столкновении.

40. Наличие на коже ссадин, кровоподтеков и ран в виде полос или прямоугольников, расположенных параллельно и на одинаковом расстоянии, в сочетании с обширными грубыми разрушениями костей скелета и внутренних органов характерно для:

- 1) переезда через тело колес рельсового транспорта;
- 2) авиационной травмы;
- 3) травмы от действия гребных винтов водного транспорта;
- 4) переезда через тело гусеничного трактора.

41. Диагностическим признаком переезда через тело колеса автомобиля являются:

- 1) отпечаток протектора колеса на коже;
- 2) односторонние краевые переломы костей таза;
- 3) «хлыстообразные» переломы шейного отдела позвоночника;
- 4) переломы тел поясничных позвонков.

42. Диагностическим признаком переезда через тело колеса автомобиля являются:

- 1) компрессионные переломы позвонков в шейном отделе;
- 2) преобладание внутренних повреждений над наружными;
- 3) отслойка кожи с образованием обширных «карманов», заполненных излившейся кровью;
- 4) вдавленные переломы костей свода черепа.

43. Наличие загрязнения одежды и кожи смазочными материалами устанавливают, исследуя объект:

- 1) в инфракрасных лучах;
- 2) в ультрафиолетовых лучах;
- 3) контактно-диффузионным методом («цветных отпечатков»);
- 4) в проходящем свете.

44. Наличие кольцевидных отслоений кожи от подкожной жировой ткани и мышц в области нижних конечностей с образованием массивных полосей, заполненных кровью, характерно для:

- 1) сдавления тела внутри салона автомобиля;
- 2) переезда через конечность колесами автотранспортного средства;
- 3) переезда через конечность колес рельсового транспорта;
- 4) столкновения движущегося автомобиля с пешеходом.

45. Образование разрывов атланта-окципитального сочленения и связок между 1 и 2 шейными позвонками с нарушением или без нарушения целостности продолговатого и спинного мозга характерно для:

- 1) столкновения движущегося автомобиля с пешеходом;
- 2) травмы водителя легкового автомобиля при лобовом столкновении с другим автомобилем;
- 3) столкновения движущегося поезда с пешеходом;
- 4) удара по голове тупым твердым предметом с преобладающей поверхностью.

46. Несоответствие между наружными и внутренними повреждениями, односторонняя локализация наружных повреждений характерно для:

- 1) столкновения движущегося поезда с пешеходом;
- 2) столкновения движущегося автомобиля с пешеходом;
- 3) травмы водителя мотоцикла при столкновении с неподвижным препятствием;
- 4) выпадения из движущегося автомобиля.

47. Наличие многооскольчатого перелома костей черепа с разрушением вещества головного мозга, наличием надрывов и разрывов кожи в области ушной раковины характерно для:

- 1) травмы от столкновения движущегося автомобиля с пешеходом;
- 2) переезда через голову колесом автомобиля;
- 3) выпадения из движущегося автомобиля;
- 4) травмы внутри салона автомобиля при лобовом столкновении.

48. Одностороннее повреждение костей таза с захватом области большого вертела бедра или гребня подвздошной кости характерно для:

- 1) удара частями автомобиля в область передней части тела;
- 2) удара частями автомобиля в боковом направлении;
- 3) переезда через тело колесами автомобиля;
- 4) травмы водителя автомобиля при лобовом столкновении.

РАЗДЕЛ 7
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА
ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ

1. Огнестрельные повреждения образуются в результате:
 - 1) выстрела из огнестрельного оружия;
 - 2) выстрела из пневматического оружия;
 - 3) взрыва гранаты;
 - 4) взрыва горючих веществ.

2. При сгорании бездымного пороха объем образующихся взрывных газов:
 - 1) в 3 раза больше по сравнению с дымным порохом;
 - 2) в 2 раза больше по сравнению с дымным порохом;
 - 3) в 2 раза меньше по сравнению с дымным порохом;
 - 4) в 3 раза меньше по сравнению с дымным порохом.

3. Близкая дистанция выстрела находится в пределах:
 - 1) 100 см;
 - 2) 25 см;
 - 3) действия дополнительных факторов выстрела;
 - 4) 3-5 см.

4. Основными признаками входной пулевой огнестрельной раны являются:
 - 1) круглая форма;
 - 2) вывернутые наружу края;
 - 3) дефект ткани;
 - 4) щелевидная форма.

5. Основными признаками входной пулевой огнестрельной раны являются:
 - 1) щелевидная форма;
 - 2) вывернутые наружу края;
 - 3) отсутствие следов дополнительных факторов выстрела;
 - 4) поясok осаднения и обтирания.

6. Основными признаками выходной пулевой огнестрельной раны являются:
 - 1) круглая форма;
 - 2) щелевидная форма;
 - 3) дефект ткани («минус-ткань»);
 - 4) вывернутые кнаружи края.

7. Основными признаками выстрела с плотным упором являются:
- 1) отсутствие следов дополнительных факторов выстрела вокруг входной раны;
 - 2) отложение копоти выстрела и зерен пороха вокруг входной раны;
 - 3) наличие крестообразных разрывов кожи;
 - 4) кольцо воздушного осаднения.
8. Кольцо воздушного осаднения образуется:
- 1) при выстреле с плотным упором;
 - 2) в пределах механического действия предпулевого воздуха (3-5 см);
 - 3) в пределах действия порошинок (до 1-1,5 м);
 - 4) в пределах действия копоти (до 40 см).
9. Гидродинамическое действие пули проявляется:
- 1) расслоением и разрывами тканей по ходу раневого канала;
 - 2) разрывами полых внутренних органов, заполненных жидкостью;
 - 3) массивной рваной раной в области выхода пули из органа, богатого жидкостью;
 - 4) множественными переломами основания черепа.
10. Для относительно компактного действия дроби характерны:
- 1) сквозные ранения;
 - 2) входное отверстие правильной округлой формы;
 - 3) множественные одиночные слепые и сквозные ранения;
 - 4) вокруг основного входного отверстия имеется несколько отверстий от отдельных дробинок
11. Поясок обтирания в области выходного огнестрельного повреждения возникает:
- 1) всегда;
 - 2) при особых условиях;
 - 3) не возникает;
 - 4) при выстреле с близкой дистанции
12. Какой признак характерен для выстрела с близкой дистанции?
- 1) кровоподтек вокруг раны;
 - 2) дефект ткани;
 - 3) поясок осаднения;
 - 4) копать в окружности раны.

13 Диаметр огнестрельного круглого пулевого отверстия плоской кости обычно:

- 1) значительно больше калибра пули;
- 2) приближается к калибру пули;
- 3) неопределенный диаметр;
- 4) зависит от дистанции выстрела.

14 «Штанц-марка» является признаком:

- 1) выстрела в упор;
- 2) выстрела с близкой дистанции;
- 3) феномена Виноградова;
- 4) электрометки.

15. Дефект ткани кожной раны является признаком:

- 1) входного огнестрельного отверстия;
- 2) выстрела с близкой дистанции;
- 3) определенного вида огнестрельного оружия;
- 4) направления выстрела.

16. Какое повреждение плоской кости является диагностическим признаком огнестрельного ранения?

- 1) вдавленный оскольчатый перелом;
- 2) расхождение швов черепа;
- 3) дырчатый перелом 4x2 см;
- 4) раневой канал в виде усеченного конуса, основанием обращенного в сторону полета пули;

17. Чем образуется поясок осаднения в огнестрельном повреждении?

- 1) дополнительными факторами выстрела;
- 2) пороховыми газами;
- 3) предпулевым воздухом;
- 4) снарядом (пулей, дробью).

18. При каком выстреле дополнительные факторы определяются только в раневом канале?

- 1) при выстреле с полным герметическим упором;
- 2) при выстреле с близкой дистанции;
- 3) при выстреле с расстояния до 3-5 см;
- 4) при выстреле из пистолета с глушителем.

19. Отложение копоти вокруг входной огнестрельной раны характерно для выстрела:

- 1) с дальней дистанции;

- 2) с близкой дистанции;
- 3) с герметичным упором;
- 4) с неплотным упором.

20. Какие признаки из нижеперечисленных характерны для выстрела в упор?

- 1) отсутствие следов действия дополнительных факторов выстрела вокруг входной раны;
- 2) лучеобразные разрывы краев входной раны;
- 3) отслойка кожи в области входной раны;
- 4) все перечисленное верно.

21. Дефект ткани («минус-ткань») является признаком:

- 1) входной огнестрельной раны;
- 2) выходной огнестрельной раны;
- 3) и то, и другое;
- 4) ни то, ни другое.

22. Опаление пушковых волос вокруг входной раны является признаком:

- 1) выстрела в упор;
- 2) выстрела с близкой дистанции;
- 3) выстрела через преграду;
- 4) «феномена Виноградова».

23. Какие из повреждающих факторов при огнестрельных ранениях влекут возникновение контузионного синдрома?

- 1) ударная волна;
- 2) временная пульсирующая полость;
- 3) волнообразные изменения давления
- 4) поступательное повреждающее действие самого огнестрельного снаряда.

24. При какой скорости ранящего снаряда проявляется контузионный синдром?

- 1) 150 м/с;
- 2) 350 м/с;
- 3) 500 м/с;
- 4) 1000 м/с и более.

25. При холостом выстреле в упор поражающее действие наиболее выражено:

- 1) от механического действия пороховых газов;
- 2) от химического действия пороховых газов;

- 3) от механического действия копоти;
- 4) от механического действия несгоревших порошинок.

26. Что собой представляет газовое оружие?

- 1) это ствольное и нествольное оружие, предназначенное для временного поражения живой цели;
- 2) специфическое действие этого оружия заключается в использовании веществ раздражающего действия, для того чтобы на какое-то время привести человека в бездеятельное состояние;
- 3) ствольное газовое оружие в канале ствола имеет перемычку (рассекатель), препятствующую выстрелу пулей;
- 4) токсические дозы используемых раздражающих веществ достаточно велики, поэтому они не опасны для здоровья человека.

27. Что собой представляет взрыв?

- 1) мгновенное расширение взрывных газов, создающее мощное давление на окружающую среду;
- 2) воспламенение пороха и переход его за короткое время в газообразное состояние;
- 3) мгновенная вспышка пламени и образование ударной волны при встрече раскаленных газов с воздухом;
- 4) действие взрывных газов, образующих ударную волну.

28. Что собой представляет ударная волна взрывных газов?

- 1) мгновенное расширение раскаленных взрывных газов и создание мощного давления на окружающую среду, способного вызывать разрушения;
- 2) волну детонации, возникающую при взрыве взрывчатого вещества;
- 3) ударную волну, которая действует на тело как твердый предмет с широкой поверхностью;
- 4) ударную волну, которая является источником звука взрыва.

29. От каких факторов возникают повреждения при взрыве?

- 1) от ударной волны;
- 2) от осколков снаряда;
- 3) от пороховых газов;
- 4) от осколков вторичных снарядов.

РАЗДЕЛ 8
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПОВРЕЖДЕНИЙ И
СМЕРТИ ОТ МЕХАНИЧЕСКОЙ АСФИКСИИ

1. По темпу развития гипоксию подразделяют на:
 - 1) медленную;
 - 2) острую;
 - 3) хроническую;
 - 4) подострую.

2. Назовите виды механической асфиксии от сдавления?
 - 1) обтурационная асфиксия;
 - 2) странгуляционная асфиксия;
 - 3) регургитационная асфиксия;
 - 4) компрессионная асфиксия.

3. Какие стадии различают в течении механической асфиксии?
 - 1) экспираторная одышка;
 - 2) инспираторная одышка;
 - 3) судороги;
 - 4) кратковременная остановка дыхания.

4. В какой стадии асфиктического периода появляются судороги?
 - 1) инспираторной одышки;
 - 2) экспираторной одышки;
 - 3) кратковременной остановки дыхания;
 - 4) терминальных дыхательных движений.

5. В какой стадии асфиктического периода происходит произвольное выделение мочи, кала, спермы?
 - 1) инспираторной одышки;
 - 2) экспираторной одышки;
 - 3) кратковременной остановки дыхания;
 - 4) терминальных дыхательных движений.

6. Какие признаки характерны для смерти от асфиксии?
 - 1) цианоз кожи лица;
 - 2) следы произвольного мочеиспускания и дефекации;
 - 3) гусиная кожа;
 - 4) мелкоточечные кровоизлияния в соединительную оболочку глаз.

7. Какие признаки характерны для смерти от механической асфиксии?
- 1) мелкоточечные темно-красные кровоизлияния под легочную плевру;
 - 2) малокровие внутренних органов;
 - 3) наличие свертков крови в просветах крупных сосудов;
 - 4) переполнение кровью правой половины сердца.
8. При «атипичном» положении узел петли по отношению к шее располагается:
- 1) на передней поверхности шеи;
 - 2) на задней поверхности шеи;
 - 3) на левой боковой поверхности шеи;
 - 4) на правой боковой поверхности шеи.
9. Каков генез смерти при типичном положении узла петли?
- 1) гемодинамические нарушения;
 - 2) гипоксия мозга в следствие сдавления сосудисто-нервного пучка шеи;
 - 3) резкое повышение внутричерепного давления;
 - 4) прекращение поступления воздуха в легкие в результате закрытия просвета гортани корнем языка.
10. Каков генез смерти при боковом положении узла петли?
- 1) гемодинамические нарушения;
 - 2) гипоксия мозга в следствие сдавления сосудисто-нервного пучка шеи;
 - 3) резкое повышение внутричерепного давления;
 - 4) прекращение поступления воздуха в легкие в результате закрытия просвета гортани корнем языка.
11. Какие характерные свойства странгуляционной борозды наблюдаются при повешении?
- 1) равномерность ее глубины;
 - 2) горизонтальное направление;
 - 3) незамкнутый характер;
 - 4) неравномерность ее глубины.
12. Какие характерные свойства странгуляционной борозды наблюдаются при удушении петлей?
- 1) неравномерность ее глубины;
 - 2) горизонтальное направление;
 - 3) замкнутый характер;
 - 4) относительная равномерность ее глубины.

13. О прижизненности возникновения странгуляционной борозды свидетельствуют следующие признаки:

- 1) кровоизлияния на дне борозды;
- 2) кровоизлияния в толще мышц языка;
- 3) переломы подъязычной кости без кровоизлияний в окружающие ткани;
- 4) все ответы верны.

14. Каков генез смерти при удушении петлей?

- 1) нарушение гемодинамики мозга в результате сдавления сосудисто-нервного пучка шеи;
- 2) прекращение поступления воздуха в легкие в результате закрытия корнем языка просвета гортани;
- 3) кровоизлияние в вещество головного мозга;
- 4) все ответы верны.

15. При удушении петлей могут наблюдаться следующие морфологические признаки:

- 1) переломы хрящей гортани;
- 2) кровоизлияния в мягкие ткани шеи;
- 3) мелкоочечные темно-красные кровоизлияния под эпикард;
- 4) переломы подъязычной кости.

16. Специфическими признаками, указывающими на удушение руками, являются:

- 1) кровотечения из носа и наружных слуховых проходов;
- 2) поперечные надрывы интимы общих сонных артерий;
- 3) округлые и овальные кровоподтеки на коже переднебоковых поверхностей шеи;
- 4) линейные и полукруглые ссадины на коже переднебоковых поверхностей шеи.

17. При удушении руками в области шеи обнаруживаются следующие морфологические признаки:

- 1) переломы хрящей гортани;
- 2) поперечные надрывы интимы общих сонных артерий;
- 3) обширные кровоизлияния в мягкие ткани шеи;
- 4) переломы подъязычной кости.

18. Специфическими признаками, указывающими на компрессионную асфиксию, являются:

- 1) полнокровие внутренних органов;
- 2) переломы подъязычной кости и хрящей гортани;

- 3) карминовый отек легких;
- 4) экхимотическая маска.

19. Что относится к obturационной асфиксии?

- 1) асфиксия от закрытия отверстий носа и рта подушкой;
- 2) закрытие дыхательных путей инородным телом (например, куском пищи);
- 3) закрытие дыхательных путей сыпучими телами;
- 4) закрытие дыхательных путей пищевыми массами.

20. О прижизненном попадании пищевых масс в дыхательные пути свидетельствует:

- 1) обнаружение пищевых масс в трахее;
- 2) обнаружение пищевых масс в крупных бронхах;
- 3) обнаружение пищевых масс в трахее и крупных бронхах;
- 4) обнаружение пищевых масс в мелких бронхах, альвеолах.

21. Закрытие дыхательных путей пищевыми массами или кровью может происходить при:

- 1) черепно-мозговой травме;
- 2) проведении искусственного дыхания;
- 3) у лиц, находящихся в состоянии алкогольного опьянения;
- 4) во время общего наркоза у неподготовленных к операции больных.

22. Каковы механизмы наступления смерти при аспирации инородного тела?

- 1) корень языка закрывает просвет гортани;
- 2) сдавление сосудисто-нервного пучка шеи;
- 3) раздражение верхнего гортанного нерва, спазм голосовых связок и рефлекторная остановка сердца;
- 4) закрытие просвета дыхательных путей инородным телом с развитием типичной асфиксии.

23. К какому виду асфиксии следует отнести утопление в воде?

- 1) компрессионной;
- 2) странгуляционной;
- 3) циркуляторной;
- 4) obturационной.

24. Какие типы утопления, выделяют в зависимости от танатогенеза и морфологических проявлений?

- 1) аспирационное;

- 2) рефлекторное;
- 3) спастическое;
- 4) пассивное.

25. Какой признак характерен для аспирационного («истинного») утопления?

- 1) бледная окраска трупных пятен;
- 2) серовато-коричневая окраска трупных пятен;
- 3) стойкая мелкопузырчатая пена у отверстий рта и носа;
- 4) подтянутость яичек в мошонке ко входу в паховый канал.

26. Какие диагностические признаки можно выявить при внутреннем исследовании трупа при аспирационном («истинном») утоплении?

- 1) острая эмфизема легких;
- 2) карминовый отек легких;
- 3) кровоизлияния в слизистую оболочку желудка;
- 4) кровоизлияния в слизистую оболочку лоханок почек.

27. При аспирационном («истинном») утоплении наблюдается:

- 1) малокровие внутренних органов;
- 2) трансудат в плевральных и брюшной полостях;
- 3) наличие жидкости в пазухе клиновидной кости;
- 4) полнокровие внутренних органов.

28. Что лежит в основе лабораторной диагностики утопления?

- 1) обнаружение этилового спирта в крови, моче;
- 2) обнаружение планктона в содержимом желудка;
- 3) обнаружение планктона в почке, печени, костном мозге;
- 4) обнаружение песчинок в просвете бронхов.

29. Какие биологические объекты необходимо направлять для исследования на планктон:

- 1) мочу;
- 2) костный мозг;
- 3) кровь из синусов твердой мозговой оболочки;
- 4) печень.

30. Причиной гипоксии при спастическом утоплении является:

- 1) сдавления сосудисто-нервного пучка шеи;
- 2) закрытие входа в гортань корнем языка;
- 3) стойкий рефлекторный спазм гортани;
- 4) острая эмфизема легких.

31. Какова причина смерти человека при рефлекторном (синкопальном) утоплении?

- 1) закрытие входа в гортань корнем языка;
- 2) стойкий рефлекторный спазм гортани;
- 3) сдавление сосудисто-нервного пучка шеи;
- 4) первичная остановка сердечной деятельности и дыхания.

32. Для утопления в пресной воде характерны:

- 1) гемолиз эритроцитов;
- 2) значительное разрушение сурфактанта;
- 3) сморщивание эритроцитов;
- 4) замещение гемоглобина метгемоглобином.

33. Для утопления в соленой воде характерно:

- 1) гемолиз эритроцитов;
- 2) ателектазы в легких;
- 3) сморщивание эритроцитов;
- 4) замещение гемоглобина метгемоглобином.

34. К признакам пребывания трупа в воде следует отнести:

- 1) аутолиз;
- 2) наличие планктона в почках;
- 3) мацерация кожи;
- 4) посмертное облысение.

35. На какие сутки пребывания трупа в воде наблюдается выраженная мацерация кожи стоп при температуре воды водоема 16-18 градусов?

- 1) 1-2 сутки;
- 2) 3-4 сутки;
- 3) 5-6 сутки;
- 4) 7-8 сутки.

РАЗДЕЛ 9
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПОВРЕЖДЕНИЙ И
СМЕРТИ ОТ ДЕЙСТВИЯ КРАЙНИХ ТЕМПЕРАТУР
И ТЕХНИЧЕСКОГО ЭЛЕКТРИЧЕСТВА

1. Какая частота переменного тока является наиболее опасной для жизни человека?

- 1) 40-60 Гц;
- 2) 140-160 Гц;
- 3) 400-600 Гц;
- 4) 800-1000 Гц.

2. При каком напряжении электрического тока наблюдаются наиболее часто смертельные исходы?

- 1) 60 В;
- 2) 100 В;
- 3) 150 В;
- 4) 220 В.

3. Ток, какой силы, является смертельным для человека?

- 1) 0,06-0,08 А;
- 2) 0,08-0,1 А;
- 3) 0,1-0,5 А;
- 4) 0,5-1,0 А.

4. Какие факторы влияют на действие электрического тока на организм человека?

- 1) свойства тока;
- 2) реактивность организма;
- 3) условия окружающей среды;
- 4) пол человека.

5. Какие морфологические признаки обнаруживаются при поражении электрическим током?

- 1) электрические ожоги;
- 2) электрометки;
- 3) «фигуры молнии»;
- 4) ушибленные раны.

6. Характерные признаки электрометки:

- 1) кратерообразная форма;
- 2) возвышающиеся валикообразные края;
- 3) наличие признаков воспалительных экссудативных явлений в окружающих тканях;

4) все указанные признаки.

7. Какая гистологическая картина наблюдается при исследовании электрометки?

- 1) наличие признаков воспалительных экссудативных явлений в окружающих тканях;
- 2) наличие пустот в роговом и блестящем слое надкожицы;
- 3) выгнутость ядер клеток базального и частично шиповатого и зернистого слоев перпендикулярно к поверхности кожи;
- 4) наблюдаются все из указанных признаков.

8. Какое из перечисленных исследований является наиболее информативным для диагностики поражения электрическим током?

- 1) газохроматографическое;
- 2) биологическое;
- 3) гистологическое;
- 4) ни одно из указанных.

9. Резкое расширение поверхностных сосудов кожи и небольшие кровоизлияния по их ходу характерны для:

- 1) действия технического электричества;
- 2) действия атмосферного электричества;
- 3) и того, и другого;
- 4) ни того, ни другого.

10. Какие морфологические признаки характеризуют действие высокого барометрического давления на организм?

- 1) «эксхимотическая маска»;
- 2) разрыв легочной ткани;
- 3) своеобразные образования в костной ткани - «жемчужные бусы»;
- 4) ярко-красная (алая) окраска трупных пятен.

11. Какие морфологические признаки характерны для действия низкого барометрического давления:

- 1) газовая эмболия;
- 2) стойкая мелкопузырчатая пена в просвете верхних дыхательных путей;
- 3) подкожная эмфизема;
- 4) своеобразные образования в костной ткани – «жемчужные бусы».

12. При кессонной болезни характерно газообразование в:

- 1) крови;
- 2) цереброспинальной жидкости;
- 3) жировой ткани;
- 4) все указанное верно.

13. Как можно выявить пузырьки газа в сонных артериях при исследовании трупов лиц, погибших от кессонной болезни?

- 1) пальпаторно;
- 2) ультразвуковым исследованием;
- 3) рентгенографическим исследованием;
- 4) всеми указанными способами.

14. Каковы характерные морфологические признаки при специфической травме – обжиге водолаза?

- 1) резкое увеличение головы и шеи в объеме;
- 2) синюшность и одутловатость лица;
- 3) разрывы кожи на лице;
- 4) все указанные признаки.

15. У трупов лиц, умерших от общего переохлаждения, на слизистой оболочке желудка определяются пятна:

- 1) Тардье;
- 2) Минакова;
- 3) Вишневого;
- 4) Рассказова-Лукомского-Пальтауфа.

16. Факторы, отягощающие действие низкой температуры на организм человека:

- 1) общее малокровие;
- 2) хронические заболевания;
- 3) алкогольная интоксикация;
- 4) все указанные факторы.

17. При наружном исследовании трупа лица, умершего от общего переохлаждения, определяются следующие морфологические признаки:

- 1) трупные пятна с розовым оттенком;
- 2) серо-коричневая окраска трупных пятен;
- 3) втянутость яичек в паховые каналы;
- 4) синюшность лица.

18. Какой цвет трупных пятен будет наблюдаться при смерти от общего переохлаждения?

- 1) трупные пятна с розовым оттенком;
- 2) серовато-коричневые трупные пятна;
- 3) ярко-красные трупные пятна;
- 4) синюшно-багровые.

19. Какова непосредственная причина смерти при общем охлаждении тела?

- 1) первичная остановка дыхания;
- 2) холодовой шок;
- 3) сосудистый коллапс;
- 4) фибрилляция желудочков сердца.

20. Какие признаки смерти от холода с отрицательной температурой могут быть обнаружены при наружном осмотре трупа?

- 1) фиолетовый цвет трупных пятен;
- 2) признаки «ознобления» на незащищенных одеждой участках тела;
- 3) резкое сокращение мошонки и подтянутые в паховый канал яички;
- 4) наличие сосулес у отверстий носа, рта.

21. Смерть человека наступает при снижении температуры тела до:

- 1) 30-32 градусов;
- 2) 27-29 градусов;
- 3) 22-24 градусов;
- 4) 18-20 градусов.

22. Обморожение 1-й степени характеризуется:

- 1) образованием пузырей с кровянисто-серозным содержимым, гиперемией и отеком тканей вокруг;
- 2) багровой окраской кожи и отеком;
- 3) некрозом мягких тканей;
- 4) некрозом костей и отторжением омертвевших частей тела.

23. Обморожение 2-й степени характеризуется:

- 1) багровой окраской кожи с отеком;
- 2) некрозом мягких тканей;
- 3) образованием пузырей с кровянисто-серозным содержимым, гиперемией и отеком тканей вокруг;
- 4) некрозом костей и отторжением омертвевших частей тела.

24. Обморожение 3-й степени характеризуется:
- 1) некрозом мягких тканей;
 - 2) некрозом костей и отторжением омертвевших частей тела;
 - 3) образованием пузырей с кровянисто-серозным содержимым, гиперемией и отеком тканей вокруг;
 - 4) багровой окраской кожи с отеком.
25. Обморожение 4-й степени характеризуется:
- 1) образованием пузырей с кровянисто-серозным содержимым, гиперемией и отеком тканей вокруг;
 - 2) некрозом костей и отторжением омертвевших частей тела;
 - 3) багровой окраской кожи с отеком;
 - 4) некрозом мягких тканей.
26. Пятна Вишневого образуются в следствие:
- 1) полнокровия внутренних органов;
 - 2) повышения проницаемости сосудистой стенки слизистой оболочки желудка;
 - 3) повреждения стенки желудка соляной кислотой;
 - 4) все вышеуказанное верно.
27. Какие из нижеперечисленных признаков будут свидетельствовать о прижизненном действии холода на тело?
- 1) оледенение вещества головного мозга и растрескивание костей черепа;
 - 2) расхождение швов на костях черепа с повреждением и пропитыванием гемолизированной кровью прилежащих мягких тканей;
 - 3) подтаивание под трупом снега и образование льда с примерзанием частей тела и одежды;
 - 4) характерная поза «зябнущего человека».
28. О смерти от охлаждения тела будут свидетельствовать:
- 1) наличие значительного количества гликогена в печени, обнаруженное биохимическим исследованием;
 - 2) отек мягкой мозговой оболочки и резкое полнокровие сосудов внутренних органов;
 - 3) присутствие в крови розовых свертков фибрина;
 - 4) переполненный мочевой пузырь.
29. При посмертном действии пламени на тело человека обнаруживаются:
- 1) наличие наложений копоти в трахее, главных бронхах, пазухе клиновидной кости;
 - 2) высокая концентрация карбоксигемоглобина в крови;

- 3) труп в «позе боксера»;
- 4) артериальные тромбы в сосудах поврежденных областей.

30. О прижизненном пребывании человека в очаге пожара свидетельствует:

- 1) наличие наложений копоти в трахее, главных бронхах, пазухе клиновидной кости;
- 2) высокая концентрация карбоксигемоглобина в крови;
- 3) труп в «позе боксера»;
- 4) низкая (не превышающая 20%) концентрация карбоксигемоглобина в крови.

31. Признаками прижизненного происхождения ожогов, обнаруженных на трупе, являются:

- 1) артериальные тромбы в сосудах поврежденных областей;
- 2) краевое расположение и миграция лейкоцитов;
- 3) низкая (не превышающая 20%) концентрация карбоксигемоглобина в крови;
- 4) гемолиз крови.

32. Какова причина смерти при термических ожогах в поздние сроки ожоговой болезни?

- 1) острая почечная недостаточность;
- 2) острая кровопотеря;
- 3) ожоговый шок;
- 4) все вышеуказанное верно.

33. Какова причина смерти при термическом ожоге в ранние сроки?

- 1) острая почечная недостаточность;
- 2) острая кровопотеря;
- 3) ожоговый шок;
- 4) все вышеуказанное верно.

34. Для ожогов, образовавшихся от действия горячих жидкостей, характерно:

- 1) повреждение волос;
- 2) следы от потеков;
- 3) отсутствие повреждений волос;
- 4) обугливание мягких тканей.

35. От действия пламени на ожоговых поверхностях возникают:

- 1) повреждения волос;
- 2) следы от потеков;
- 3) следы копоти;
- 4) отсутствие повреждений волос.

36. О посмертном попадании человека в очаг пожара свидетельствует:
- 1) наличие наложений копоти в трахее, главных бронхах, пазухе клиновидной кости;
 - 2) концентрация карбоксигемоглобина в крови менее 20%;
 - 3) неповрежденная кожа в складках на лице;
 - 4) высокая концентрация карбоксигемоглобина в крови (до 60%).
37. Ожоговая болезнь включает в себя следующие периоды:
- 1) ожоговый шок;
 - 2) латентный;
 - 3) септикотоксемия;
 - 4) токсемия.

РАЗДЕЛ 10

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ОТРАВЛЕНИЙ

1. В зависимости от продолжительности течения отравления подразделяют на:

- 1) острые;
- 2) хронические;
- 3) подострые;
- 4) все ответы верны.

2. Какие факторы имеют значение в развитии отравления?

- 1) физико-химические свойства ядов;
- 2) расовые;
- 3) скорость и пути введения;
- 4) характер биотрансформации яда.

3. Что подразумевает понятие «яд летального синтеза»?

- 1) вещество, образующиеся в трупe после смерти;
- 2) более токсичные метаболиты, образовавшиеся в процессе биотрансформации яда;
- 3) генетически обусловленная реакция организма на определенный препарат;
- 4) вещества, образующиеся в теле человека в момент смерти.

4. Какие из перечисленных веществ относятся к «ядам летального синтеза»?

- 1) метиловый спирт;
- 2) морфин;
- 3) дихлорэтан;
- 4) этиленгликоль.

5. Какие яды могут причинить химические ожоги?

- 1) функциональные яды (цианистый калий, барбитал, морфин, стрихнин);
- 2) кровяные яды (гельвеловая кислота, хлорат калия, окись углерода);
- 3) едкие яды (соляная кислота, едкий натр);
- 4) все выше указанные яды.

6. Какие из перечисленных веществ относятся к едким ядам?

- 1) перекись водорода;
- 2) формальдегид;
- 3) соединения ртути;
- 4) фенол.

7. Для отравления кислотами характерны:

- 1) колликвационный некроз;
- 2) коагуляционный некроз;
- 3) оба типа некроза;
- 4) образование язв.

8. Для отравления какой из кислот типична закупорка почечных канальцев кристаллами оксалата кальция?

- 1) концентрированная серная кислота;
- 2) уксусная кислота;
- 3) щавелевая кислота;
- 4) для всех указанных кислот.

9. При отравлении какой кислотой струп может иметь угольно-черную окраску?

- 1) серной;
- 2) азотной;
- 3) плавиковой;
- 4) карболовой.

10. Для отравления какой кислотой характерно поражение зубной эмали с образованием мелких дефектов и тускло-желтоватое ее окрашивание?

- 1) карболовая кислота;
- 2) азотная кислота;
- 3) плавиковая кислота;
- 4) серная кислота.

11. Цвет струпа при отравлении едкими кислотами определяет:

- 1) карбоксигемоглобин;
- 2) кислый гематин;
- 3) гематопорфирин;
- 4) метгемоглобин.

12. Какой едкий яд вызывает массивный внутрисосудистый гемолиз с развитием пигментного нефроза?

- 1) соляная кислота;
- 2) карболовая кислота;
- 3) уксусная кислота;
- 4) серная кислота.

13. Для отравления щелочами характерен:

- 1) колликвационный некроз тканей, подвергшихся действию яда;
- 2) коагуляционный некроз;

- 3) сухой некроз;
- 4) все ответы верны.

14. Цвет струпа при отравлении едкими щелочами определяет:

- 1) карбоксигемоглобин;
- 2) кислый гематин;
- 3) щелочной гематин;
- 4) все указанные вещества.

15. Какой из перечисленных ядов относится к деструктивным?

- 1) формальдегид;
- 2) сулема (дихлорид ртути);
- 3) перманганат калия;
- 4) каломель (хлорид ртути).

16. Отравления соединениями ртути проявляются:

- 1) стоматитом и гингивитом;
- 2) язвенно-некротическим колитом;
- 3) нефрозо-нефритом;
- 4) все ответы верны.

17. При остром отравлении мышьяком выделяют следующие формы:

- 1) паралитическую;
- 2) токсическую;
- 3) желудочно-кишечную;
- 4) кумулятивную.

18. Причиной смерти при отравлении мышьяком является:

- 1) нарушение водно-солевого баланса;
- 2) паралич дыхательного и сосудодвигательного центров;
- 3) острая почечная недостаточность;
- 4) развитие острой кишечной непроходимости.

19. Серовато-коричневая окраска трупных пятен характерна для отравления:

- 1) деструктивными ядами;
- 2) нейротропными ядами;
- 3) метгемоглобинообразующими ядами;
- 4) наркотическими средствами.

20. Токсическое действие нитритов на организм обусловлено образованием:

- 1) карбоксигемоглобина;

- 2) карбоксимоглобина;
- 3) метгемоглобина
- 4) блокадой цитохрома P450.

21. Для отравления каким веществом характерна метгемоглобинемия?

- 1) мышьяк;
- 2) анилин;
- 3) сулема (дихлорид ртути);
- 4) каломель (хлорид ртути).

22. Ярко-красная окраска трупных пятен характерна для отравления:

- 1) оксидом углерода (СО);
- 2) нейротропными ядами;
- 3) метгемоглобинообразующими ядами;
- 4) мышьяком.

23. При отравлении оксидом углерода смерть пострадавшего наступает от:

- 1) острой сердечно-сосудистой недостаточности;
- 2) паралича дыхательного центра;
- 3) механической асфиксии;
- 4) острой почечно-печеночной недостаточности.

24. Какими предварительными пробами возможно определение карбоксигемоглобина в крови трупа лица, умершего от отравления СО?

- 1) легочной пробой Галена;
- 2) спектроскопической пробой;
- 3) пробой с формальдегидом;
- 4) желудочно-кишечной пробой Бреслау.

25. Для каких целей применяется проба с использованием 33% раствора гидроксида натрия?

- 1) для предварительного установления живорожденности;
- 2) для предварительного установления наличия в крови метгемоглобина;
- 3) для предварительного установления наличия в крови карбоксигемоглобина;
- 4) для обнаружения планктона во внутренних органах и костном мозге.

26. При невозможности забора крови для последующего направления для судебно-химического исследования на определение карбоксигемоглобина эксперт должен произвести забор:

- 1) мочи;
- 2) 1/3 печени с желчным пузырем;
- 3) 50-100 г скелетных мышц;
- 4) костного мозга.

27. При какой концентрации карбоксигемоглобина в крови, как правило, наступает смерть пострадавшего?

- 1) 10%;
- 2) 20%;
- 3) 40%;
- 4) 60% и выше.

28. Токсическое действие СО на организм обусловлено:

- 1) образованием карбоксигемоглобина;
- 2) образованием метгемоглобина;
- 3) образованием солянокислого гематина;
- 4) образованием гематопорфирина.

29. Токсическое действие цианидов на организм обусловлено:

- 1) стабилизацией цитохромоксидазы в стойком трехвалентном состоянии железа;
- 2) образованием метгемоглобина;
- 3) образованием солянокислого гематина;
- 4) взаимодействием с сульфгидрильными группировками тканевых белков с последующей инактивацией ферментативной активности.

30. При отравлении цианидами смерть пострадавшего наступает от:

- 1) паралича сосудодвигательного центра;
- 2) паралича дыхательного центра;
- 3) паралича дыхательного и сосудодвигательного центра;
- 4) от мозговой комы.

31. Какие вещества являются антидотами при отравлении цианистыми соединениями?

- 1) этиловый спирт;
- 2) метгемоглобинообразующие вещества;
- 3) атропин;
- 4) все вышеуказанные вещества.

32. К какой группе ядов относятся цианиды (синильная кислота и ее соли):

- 1) едким ядам;
- 2) деструктивным ядам;
- 3) ядам, вызывающим функциональные расстройства;
- 4) гемотропным кровавым ядам.

33. Для отравления каким веществом характерен запах горького миндаля, исходящий от органов и полостей трупа?

- 1) метиловый альдегид;
- 2) сероводород;
- 3) цианиды;
- 4) мышьяк.

34. Чем обусловлено окрашивание слизистой оболочки желудка в красноватый цвет при отравлении большими дозами цианидов?

- 1) образованием солянокислого гематина;
- 2) образованием карбокигемоглобина;
- 3) образованием циангематина;
- 4) все варианты верны.

35. Диагностика отравлений при проведении судебно-медицинской экспертизы трупа основывается на:

- 1) клинических данных;
- 2) данных судебно-медицинского исследования трупа;
- 3) данных судебно-химического исследования;
- 4) анализе всех указанных данных.

36. Какой наиболее частый путь проникновения сероводорода в организм при отравлениях?

- 1) через желудочно-кишечный тракт;
- 2) ингаляционный;
- 3) парентеральный;
- 4) через кожу и слизистые оболочки.

37. Какие признаки могут свидетельствовать об отравлении сероводородом?

- 1) морфологические признаки остро наступившей смерти;
- 2) вишнево-красная окраска крови;
- 3) запах тухлых яиц от органов;
- 4) все выше указанное верно.

38. Каков механизм токсического действия снотворных веществ, - производных барбитуровой кислоты?

- 1) глубокое угнетение ЦНС;
- 2) развитие гемодинамических нарушений;
- 3) и то и другое;
- 4) ни то, ни другое.

39. При отравлении снотворными веществами смерть обычно наступает от:

- 1) асфиксии;
- 2) развития гемодинамических нарушений;
- 3) почечно-печеночной недостаточности;
- 4) полиорганной недостаточности.

40. На каких признаках в основном основывается диагностика отравлений снотворными веществами?

- 1) на данных анализа обстоятельств происшествия;
- 2) на наличии специфических изменений головного мозга;
- 3) на результатах судебно-химического исследования;
- 4) все ответы верны.

41. К наркотическим средствам относятся:

- 1) кокаин;
- 2) морфин;
- 3) анилин;
- 4) героин.

42. Токсическое действие наркотиков – опиатов, поступивших в организм человека, в первую очередь направлено на поражение:

- 1) сердечно-сосудистого центра;
- 2) дыхательного центра;
- 3) центральной нервной системы и паренхиматозных органов;
- 4) все выше названное верно.

43. Какие морфологические признаки наблюдаются при вскрытии трупов лиц, умерших от отравления наркотическим веществами?

- 1) морфологические признаки остро наступившей смерти;
- 2) переполнение мочой мочевого пузыря;
- 3) цианоз кожи и слизистых оболочек;
- 4) могут наблюдаться все выше указанные признаки.

44. При отравлении каким веществом наблюдается резко выраженное мышечное окоченение?

- 1) стрихнин;
- 2) морфин;
- 3) производные D-лизергиновой кислоты;
- 4) фенобарбитал.

45. Смерть при отравлении атропином может наступить от:

- 1) паралича дыхательного центра;
- 2) остановки сердечной деятельности;
- 3) асфиксии, вследствие спазма дыхательной мускулатуры;
- 4) токсической бронхопневмонии.

46. Смертельная доза этилового спирта при пероральном его введении для взрослого человека составляет?

- 1) 1-3 мл/кг;
- 2) 6-8 мл/кг;
- 3) 10-12 мл/кг;
- 4) 14-16 мл/кг.

47. Этиловый спирт в организме человека под действием ферментов превращается в:

- 1) гликолевый альдегид;
- 2) метаналь;
- 3) ацетальдегид;
- 4) муравьиную кислоту.

48. Какая концентрация этилового алкоголя в крови у живых лиц соответствует легкой степени алкогольного опьянения?

- 1) 0,2-0,3‰;
- 2) 0,5-1,5‰;
- 3) 1,5-2,5‰;
- 4) 2,5-3,0‰.

49. Какая концентрация этилового алкоголя в крови у живых лиц соответствует средней степени алкогольного опьянения?

- 1) 0,5-1,5‰;
- 2) 1,5-2,5‰;
- 3) 2,5-3,0‰;
- 4) 3,0‰ и более.

50. Какая концентрация этилового алкоголя в крови у живых лиц соответствует сильной степени алкогольного опьянения?

- 1) 0,5-1,5‰;
- 2) 1,5-2,5‰;
- 3) 2,5-3,0‰;
- 4) более 3,0‰.

51. Какая концентрация этилового алкоголя в крови у живых лиц соответствует тяжелому отравлению алкоголем?

- 1) 0,5-1,5‰;
- 2) 1,5-2,5‰;
- 3) 2,5-3,0‰;
- 4) 3,0-5,0‰.

52. При какой степени алкогольного опьянения наблюдается нарушение координации мелких движений?

- 1) легкой степени;
- 2) средней степени;
- 3) сильной степени;
- 4) тяжелом отравлении алкоголем.

53. При какой степени алкогольного опьянения наблюдается снижение болевой чувствительности вплоть до полной аналгезии?

- 1) легкой степени;
- 2) средней степени;
- 3) сильной степени;
- 4) тяжелом отравлении алкоголем.

54. Какие морфологические изменения у трупа выявляются при наружном исследовании в случаях смерти от отравления этанолом?

- 1) одутловатость и синюшность кожи лица;
- 2) переполнение правой половины сердца кровью по сравнению с левой;
- 3) серовато-коричневая окраска трупных пятен;
- 4) стойкая мелкопузырчатая пена у отверстий носа и рта.

55. Какие морфологические изменения выявляются при внутреннем исследовании трупа в случаях смерти от отравления этанолом?

- 1) ярко-красная окраска мягких тканей и внутренних органов;
- 2) переполнение мочевого пузыря;
- 3) отек вещества головного мозга;
- 4) полнокровие внутренних органов.

56. При отравлении каким спиртом наблюдается поражение органа зрения?

- 1) амиловым;
- 2) пропиловым;
- 3) метиловым;
- 4) этиловым.

57. В организме человека метиловый спирт превращается в:

- 1) гликолевый альдегид;
- 2) муравьиную кислоту;
- 3) формальдегид;
- 4) оксалат кальция.

58. При отравлении этиленгликолем смерть наступает от:

- 1) пневмонии;
- 2) паралича дыхательного центра;
- 3) печеночно-почечной недостаточности;
- 4) мозговой комы.

59. Одним из продуктов биотрансформации этиленгликоля в организме человека является:

- 1) ацетальдегид;
- 2) щавелевая кислота;
- 3) муравьиная кислота;
- 4) ацетон.

60. Сладковатый фруктовый запах может ощущаться от вскрытых полостей и органов трупа при отравлении:

- 1) амиловым спиртом;
- 2) тетраэтилсвинцом;
- 3) цианидами;
- 4) мышьяком.

61. Запах сушеных грибов может ощущаться от вскрытых полостей и органов трупа при отравлении:

- 1) дихлорэтаном;
- 2) тетраэтилсвинцом;
- 3) цианидами;
- 4) сероводородом.

62. Какие из указанных веществ обладают кумулятивными свойствами?

- 1) хлорорганические;
- 2) цианиды;

- 3) ртутьорганические;
- 4) соединения мышьяка.

63. Какие из указанных ядохимикатов способны при отравлении нарушать процесс передачи нервных импульсов в холинэргических синапсах?

- 1) ртутьорганические;
- 2) фосфорорганические;
- 3) хлорорганические;
- 4) все выше указанные.

64. При остром пероральном отравлении какими ядохимикатами рвотные массы могут окрашиваться в зеленоватый или сине-зеленоватый цвет?

- 1) ртутьорганические;
- 2) фосфорорганические;
- 3) медьсодержащие;
- 4) хлорорганические.

65. Пищевые отравления характеризуются:

- 1) возможным поражением группы людей;
- 2) быстрым прекращением вспышки заболевания;
- 3) коротким инкубационным периодом;
- 4) все выше указанное верно.

66. Отравление какими грибами вызывает развитие гемолиза эритроцитов и желтушное окрашивание кожных покровов?

- 1) мухомором;
- 2) строчками;
- 3) бледной поганкой;
- 4) шампиньоном.

67. Отравление какими грибами сопровождается избирательным гемолитическим и гепатотропным действием?

- 1) шампиньоном;
- 2) бледной поганкой;
- 3) строчками;
- 4) мухомором.

68. Для отравления, какими грибами характерно наличие бреда и галлюцинаций, слюно- и слезотечения, коликообразных болей в животе, водянистого стула?

- 1) мухомор;

- 2) бледная поганка;
- 3) строчки;
- 4) для всех выше указанных.

РАЗДЕЛ 11

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ТЕЛЕСНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ, САМОПОВРЕЖДЕНИЙ И ИСКУССТВЕННО ВЫЗВАННЫХ БОЛЕЗНЕЙ, ПРИ СПОРНЫХ ПОЛОВЫХ СОСТОЯНИЯХ И ПОЛОВЫХ ПРЕСТУПЛЕНИЯХ

1. При судебной-медицинской экспертизе телесных повреждений в «Заключение эксперта» должны быть отражены следующие вопросы:

- 1) определение характера повреждения, механизм образования повреждения, орудие, причинившее его;
- 2) давность нанесения повреждения;
- 3) степень тяжести телесного повреждения;
- 4) определение объема профессиональной утраты трудоспособности.

2. Что следует понимать под потерей слуха (при проведении судебной-медицинской экспертизы)?

- 1) полную стойкую глухоту на оба уха;
- 2) потерю слуха на одно ухо;
- 3) такое необратимое снижение слуха, когда пострадавший не слышит разговорной речи на расстоянии 3-5 см от ушной раковины;
- 4) такое необратимое снижение слуха, когда пострадавший не слышит разговорной речи на расстоянии 20-30 см от ушной раковины.

3. Что следует понимать под потерей зрения?

- 1) потеря зрения на 1 глаз;
- 2) стойкая слепота на оба глаза;
- 3) снижение остроты зрения на оба глаза до 0,2 диоптрий;
- 4) снижение остроты зрения на оба глаза до 0,04 диоптрий.

4. Многократное или длительное причинение боли является критерием:

- 1) тяжелого телесного повреждения;
- 2) менее тяжелого телесного повреждения;
- 3) легкого телесного повреждения, повлекшего за собой кратковременное расстройство здоровья или незначительную стойкую утрату трудоспособности;
- 4) истязания.

5. Стойкая утрата общей трудоспособности от 10 до 33% является критерием:

- 1) тяжелого телесного повреждения;

- 2) менее тяжелого телесного повреждения;
- 3) легкого телесного повреждения, повлекшего за собой кратковременное расстройство здоровья или незначительную стойкую утрату трудоспособности;
- 4) истязания.

6 Стойкая утрата общей трудоспособности менее 10 % является критерием:

- 1) тяжелого телесного повреждения;
- 2) менее тяжелого телесного повреждения;
- 3) легкого телесного повреждения, повлекшего за собой незначительную стойкую утрату трудоспособности;
- 4) мучения.

7 Опасность для жизни является критерием:

- 1) тяжелого телесного повреждения;
- 2) менее тяжелого телесного повреждения;
- 3) мучения;
- 4) истязания.

8 Расстройство здоровья более 6 дней, но не свыше 21 дня является критерием:

- 1) менее тяжелого телесного повреждения;
- 2) легкого телесного повреждения, повлекшего за собой кратковременное расстройство здоровья;
- 3) легкого телесного повреждения, не повлекшего за собой кратковременное расстройство здоровья;
- 4) истязания.

9 Расстройство здоровья свыше 21 дня, не связанное с травмой костей скелета, является критерием:

- 1) тяжелого телесного повреждения;
- 2) менее тяжелого телесного повреждения;
- 3) легкого телесного повреждения, повлекшего за собой кратковременное расстройство здоровья;
- 4) легкого телесного повреждения, повлекшего за собой незначительную стойкую утрату общей трудоспособности.

10 Прерывание беременности является критерием:

- 1) тяжелого телесного повреждения;
- 2) менее тяжелого телесного повреждения;
- 3) мучения;
- 4) истязания.

11. Стойкая утрата трудоспособности более чем на одну треть является:
 - 1) незначительным последствием травмы;
 - 2) критерием легкого телесного повреждения, повлекшего за собой незначительную стойкую утрату трудоспособности;
 - 3) критерием менее тяжелого телесного повреждения;
 - 4) критерием тяжелого телесного повреждения.

12. Стойкая утрата общей трудоспособности менее 10% является:
 - 1) незначительной;
 - 2) значительной;
 - 3) критерием менее тяжелого телесного повреждения;
 - 4) критерием легкого телесного повреждения.

13. Судебно-медицинская экспертиза определения степени тяжести телесных повреждений производится на основании:
 - 1) постановления правоохранительных органов;
 - 2) сопроводительного листа станции скорой медицинской помощи;
 - 3) направления лечебного учреждения;
 - 4) определения суда.

14. Результаты судебно-медицинской экспертизы определения степени тяжести телесного повреждения оформляются:
 - 1) заключением эксперта;
 - 2) актом судебно-медицинского освидетельствования;
 - 3) протоколом освидетельствования;
 - 4) записью в амбулаторной карте.

15. Признаки тяжелого телесного повреждения:
 - 1) расстройство здоровья, соединенное со стойкой утратой трудоспособности не менее чем на одну треть;
 - 2) опасность для жизни;
 - 3) длительное расстройство здоровья более 2 месяцев;
 - 4) значительная стойкая утрата общей трудоспособности менее чем на одну треть.

16. Признаки менее тяжелого телесного повреждения:
 - 1) опасность для жизни;
 - 2) длительное расстройство здоровья более 21 и менее чем на 122 дня;
 - 3) значительная стойкая утрата общей трудоспособности менее чем на одну треть;
 - 4) кратковременное расстройство здоровья.

17. Кратковременным считается расстройство здоровья сроком:

- 1) более 21 дня и менее 122 дней;
- 2) более 3 дней и менее 14 дней;
- 3) более 10 дней и менее 33 дней;
- 4) более 6, но не более 21 дня.

18. Длительным считают расстройство здоровья, непосредственно связанное с повреждением, продолжительностью:

- 1) 10 дней и не более 100 дней для повреждений костей скелета;
- 2) более 21 дня и не более 122 дней для повреждений костей скелета;
- 3) более 6 дней и не более 21 дня для повреждений костей скелета;
- 4) более 6 дней.

19. Кратковременным считают расстройство здоровья, непосредственно связанное с повреждением, продолжительностью:

- 1) свыше 21 дня;
- 2) свыше 6 дней и не более 21 дня;
- 3) менее 7 дней;
- 4) не более 10 дней.

20. Предотвращение смертельного исхода, обусловленное оказанием медицинской помощи, при оценке опасности дня жизни повреждения:

- 1) принимается во внимание;
- 2) принимается во внимание при отсутствии угрожающих жизни состояний;
- 3) принимается во внимание в отдельных случаях;
- 4) не должно приниматься во внимание.

21. Какие из нижеперечисленных неопасных для жизни повреждений относятся к тяжким по исходу и последствиям:

- 1) потеря зрения, слуха;
- 2) потеря слуха на одно ухо;
- 3) повреждение слепого глаза, потребовавшее его удаления;
- 4) прерывание беременности.

22. Повреждения грудных сегментов спинного мозга, сопровождающиеся тяжелым спинальным шоком, квалифицируются по признаку:

- 1) опасности для жизни;
- 2) стойкой утраты общей трудоспособности не менее чем на одну треть;
- 3) длительного расстройства здоровья;

- 4) длительного расстройства здоровья на срок свыше 122 дней, связанного с травмой костей скелета.

23. Судебно-медицинская экспертиза по поводу телесных повреждений назначается для установления:

- 1) обезображения лица и шеи;
- 2) вида предмета, которым было причинено повреждение;
- 3) последствий повреждения;
- 4) установления факта изнасилования.

24. Под изгладивостью повреждений лица понимают:

- 1) значительное уменьшение выраженности патологических изменений с течением времени;
- 2) значительное уменьшение выраженности патологических изменений под влиянием нехирургических средств;
- 3) уменьшение выраженности патологических изменений под влиянием косметической операции;
- 4) значительное уменьшение выраженности нарушения мимики лица с течением времени.

25. Вопрос об изгладивости повреждения на лице решает:

- 1) суд;
- 2) врач-косметолог;
- 3) судебно-медицинский эксперт;
- 4) врач-хирург.

26. Исход повреждения при квалификации его степени тяжести учитывается:

- 1) у опасных для жизни повреждений;
- 2) у неопасных для жизни повреждений;
- 3) как у опасных, так и у неопасных для жизни повреждений;
- 4) при длительности расстройства здоровья свыше 21 дня.

27. Судебно-медицинскому эксперту следует воздержаться от определения степени тяжести телесных повреждений в случаях:

- 1) неясности клинической картины;
- 2) не определившегося исхода неопасного для жизни повреждения;
- 3) отказа свидетельствуемого от дополнительного обследования, если это не дает возможности эксперту правильно оценить характер повреждения;
- 4) отказа свидетельствуемого сообщить обстоятельства, при которых получена травма.

28. Составлять предварительные выводы, содержащие предположительное суждение о степени тяжести телесных повреждений:

- 1) допускается;
- 2) не допускается;
- 3) допускается по запросу суда;
- 4) допускается при необходимости решения вопроса о возбуждении уголовного дела.

29. Для симулирования симптомов хронического бронхита (кашля) вдыхают следующие вещества:

- 1) хлор;
- 2) одеколон;
- 3) сахарную пудру;
- 4) кофеин.

30. К какому сроку обычно зарубцовываются разрывы девственной плевы?

- 1) к 2-3 дню;
- 2) к 3-5 дню;
- 3) к 5-8 дню;
- 4) к 12-20 дню.

31. Мазки из половых путей женщины в случаях половых преступлений необходимо брать не позже:

- 1) 2-3 дней после полового сношения;
- 2) 5-7 дней после полового сношения;
- 3) 1-2 дней после полового сношения;
- 4) 3-5 дней после полового сношения.

32. Возможно ли совершение полового акта без нарушения целостности девственной плевы?

- 1) возможно, если девственная плева растяжимая;
- 2) возможно, если девственная плева низкая;
- 3) возможно, если девственная плева "мясистая";
- 4) невозможно.

33. У пассивных партнеров, систематически совершающих акт мужеложства, в области заднего прохода и прямой кишки обнаруживают:

- 1) воронкообразную втянутость;
- 2) повышенный тонус сфинктеров;
- 3) сглаженность лучеобразных складок прямой кишки;
- 4) бледность слизистой оболочки.

34. Укажите признаки бывших родов:

- 1) надрывы шейки матки;
- 2) повышенный тонус матки;
- 3) синюшная окраска родовых путей;
- 4) наличие лохий.

35. По какому признаку следует квалифицировать потерю зрения на один глаз?

- 1) по длительности расстройства здоровья;
- 2) по проценту стойкой утраты трудоспособности;
- 3) по признаку потери зрения, слуха, какого-либо органа;
- 4) по критерию опасности для жизни.

36. Кем решается вопрос о неизгладимости обезображения лица?

- 1) судебно-медицинским экспертом;
- 2) комиссией экспертов;
- 3) судом;
- 4) следователем.

37. Если потерпевшим при освидетельствовании не представлены необходимые медицинские документы:

- 1) эксперт запрашивает их у главного врача лечебного учреждения;
- 2) эксперт заявляет ходатайство начальнику экспертного учреждения о предоставлении необходимых документов;
- 3) эксперт заявляет ходатайство лицу, назначившему экспертизу, о предоставлении необходимых документов;
- 4) эксперт не проводит освидетельствование пострадавшего до предоставления медицинских документов.

38. Каковы действия эксперта при оценке степени тяжести телесных повреждений, если продолжительность заболевания, указанная в медицинских документах, не отвечает характеру телесных повреждений и не подтверждена объективными данными?

- 1) эксперт сообщает об этом главному врачу;
- 2) эксперт сообщает об этом руководителю экспертного учреждения;
- 3) эксперт отмечает в выводах это обстоятельство;
- 4) эксперт устанавливает степень тяжести исходя из имеющихся объективных данных.

39. При экспертизе тяжести телесных повреждений в обязательном порядке в заключении должны быть отражены:

- 1) характер повреждения с медицинской точки зрения;
- 2) относится ли повреждение к побоям, мучениям или истязаниям;
- 3) вид орудия, которым было причинено данное повреждение;
- 4) возможно ли причинение повреждения при падении на плоскости.

40. В каких случаях эксперт может установить степень тяжести телесного повреждения, не ожидая исхода?

- 1) в случае установления по объективным медицинским данным, что повреждение было опасным для жизни;
- 2) в случаях, необходимых для скорейшего расследования уголовного дела;
- 3) когда последствия и исход неопасного для жизни повреждения не вызывают сомнений;
- 4) если свидетельствуемый является инвалидом.

41. В каких случаях эксперту следует воздержаться от оценки степени тяжести телесного повреждения?

- 1) в случае установления по объективным медицинским данным, что повреждение было опасным для жизни;
- 2) при недостаточном клиническом и лабораторном обследовании потерпевшего;
- 3) при отказе свидетельствуемого от обследования или неявке на повторный осмотр, если невозможно правильно оценить характер повреждения, его клиническое течение и исход;
- 4) при отсутствии материалов уголовного дела.

42. Судебно-медицинскому эксперту следует воздержаться от определения степени тяжести телесных повреждений в случаях:

- 1) не определившегося исхода опасного для жизни повреждения;
- 2) отказа свидетельствуемого от повторного осмотра, если это лишает эксперта возможности правильно оценить характер повреждения, его клиническое течение и исход;
- 3) отсутствия медицинских документов, без которых не представляется возможным судить о характере и степени тяжести телесных повреждений;
- 4) в случае, если свидетельствуемый сообщил ложные сведения об обстоятельствах дела.

РАЗДЕЛ 12

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ВЕЩЕСТВЕННЫХ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ БИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ, ИДЕНТИФИКАЦИЯ ЛИЧНОСТИ И ОРУДИЯ ТРАВМЫ

1. Вещественными доказательствами, подлежащими судебно-медицинскому исследованию, являются такие биологические объекты как:

- 1) кровь, сперма, волосы, пот, слюна;
- 2) выделения из носа и влагалища, моча, кал;
- 3) кости, различные ткани и органы;
- 4) пятна молока, молозива, сыровидной смазки.

2. Экспертиза вещественных доказательств производится на основании:

- 1) постановления следственных органов;
- 2) постановления (определения) суда;
- 3) направления руководителя учреждения (организации), на территории (в помещениях) которого обнаружены такие объекты;
- 4) постановления органов дознания.

3. Кем производятся экспертизы вещественных доказательств биологического происхождения?

- 1) лицом, имеющим врачебный диплом;
- 2) судебно-медицинским экспертом общего профиля;
- 3) судебно-медицинскими экспертами, получившими подготовку в области исследования вещественных доказательств;
- 4) группой экспертов разных медицинских специальностей.

4. Государственный судебно-медицинский эксперт судебно-биологической лаборатории может быть привлечен:

- 1) в качестве специалиста к участию в осмотре места происшествия и изъятию вещественных доказательств;
- 2) к изъятию образцов;
- 3) к участию в судебном заседании для дачи заключения;
- 4) в судебное заседание для участия в следственном эксперименте.

5. Какие предварительные пробы могут облегчить поиск крови при осмотре места происшествия?

- 1) применение 3% раствора перекиси водорода;
- 2) использование освещения ультрафиолетовыми лучами;
- 3) применение реакции с люминолом;
- 4) использование слабого раствора щелочи.

6. При экспертизе следов, похожих на кровь, в первую очередь решаются следующие вопросы:

- 1) имеется ли кровь в исследуемом объекте;
- 2) каким красителем образован след, похожий на кровь;
- 3) кому принадлежит кровь в пятне – человеку или животному;
- 4) может ли кровь принадлежать определенному человеку.

7. Судебно-медицинской экспертизой пятен крови возможно установление:

- 1) принадлежности крови мужчине или женщине;
- 2) принадлежности крови взрослому человеку, или младенцу;
- 3) образовано пятно артериальной или венозной кровью;
- 4) регионального происхождения крови.

8. Установление наличия крови в пятне возможно с применением:

- 1) микроспектрального метода;
- 2) хроматографического метода на силуфоловых пластинах;
- 3) микроскопического метода;
- 4) ультразвукового метода.

9. Определение видовой принадлежности крови в пятне производится с применением:

- 1) реакции преципитации Чистовича-Уленгута в жидкой среде;
- 2) реакцией преципитации в агаре;
- 3) реакцией агглютинации эритроцитов с применением изогемагглютинирующих сывороток;
- 4) реакцией иммунофлуоресценции, основанной на люминесценции антител, меченых флюорохромами.

10. Основными методами определения группы крови по системе АВО в пятнах являются:

- 1) количественный метод реакции абсорбции агглютининов;
- 2) реакция абсорбции – элюции;
- 3) реакция смешанной агглютинации;
- 4) метод Шиффа с одновременным определением антигенов и антител.

11. Среди эритроцитарных систем, кроме системы АВО, групповые факторы с идентификационной целью также успешно могут выявляться в следующих системах:

- 1) MNSS;
- 2) P;
- 3) Льюис (Le);

4) резус.

12. Каково идентификационное значение эритроцитарной системы Льюис (Le)?

- 1) возможность определения группы крови по данной системе;
- 2) возможность установления выделительства;
- 3) возможность использования системы Льюис(Le) для дифференцирования крови взрослого человека и новорожденного;
- 4) возможность установления конкретного лица, чьей кровью образовано исследуемое пятно.

13. Белки сыворотки или плазмы крови (сывороточные системы) могут быть использованы для установления:

- 1) видовой принадлежности следов крови;
- 2) спорного отцовства;
- 3) определения групповой принадлежности следов крови;
- 4) категории выделительства.

14. Эритроцитарные и сывороточные ферментные системы крови в судебной медицине могут быть использованы для определения:

- 1) их групповой принадлежности;
- 2) определения спорного отцовства;
- 3) категории выделительства;
- 4) установления конкретного лица, кровью которого образован исследуемый след.

15. Установление половой принадлежности крови возможно:

- 1) по характеру расположения половых хромосом в ядрах лейкоцитов;
- 2) по люминесцентному свечению в мазках крови;
- 3) методом электрофореза;
- 4) методом щелочной денатурации гемоглобина.

16. Установление беременности и факта бывших родов при исследовании пятен крови возможно:

- 1) по выявлению в пятне крови специфического гормона хорионгонадотропина;
- 2) при определении в ней фермента лейцинаминопептидазы;
- 3) путем определения специфического фермента окситоциназы;
- 4) по установлению в крови альфа-фетопротеина.

17 Случай, когда результаты исследования крови позволяют исключить отцовство:

- 1) в крови ребенка не могут появиться антигены А и В при отсутствии их у отца и матери;
- 2) антигены А и В, имеющиеся у родителей, могут отсутствовать у ребенка, т. к. от каждого родителя с группой А(II) или В(III) ребенку может передаваться рецессивный ген "О";
- 3) в брачной паре, в которой один из родителей относится к группе О(I), не может быть детей с группой АВ(IV), т.к. второй родитель может передать ребенку только один ген А или В.
- 4) у брачной пары, когда один или оба родителя относятся к группе АВ(IV) не может быть детей с группой О(I), поскольку отец или мать в этом случае обязательно передадут ребенку один из двух генов.

18. Волосы человека характеризуются:

- 1) плотным прилеганием клеток кутикулы друг к другу, ровным наружным краем волоса;
- 2) корковое вещество волос человека широкое
- 3) сердцевина – узкая, иногда может прерываться ;
- 4) расположение зерен пигмента в корковом слое ближе к сердцевине.

19. Для волос животных характерно:

- 1) черепицеобразное расположение клеток кутикулы с выраженной зубчатостью оптического края волоса;
- 2) наличие узкого коркового слоя;
- 3) широкой сердцевины;
- 4) отсутствие сердцевины в тонких волосах.

20. На основании результатов сравнительного изучения присланных волос и волос, представленных в качестве образцов, определения их групповой принадлежности по системе АВО и изоферментов ряда ферментных систем можно сделать вывод, что:

- 1) по ряду признаков волосы, присланные в качестве вещественных доказательств, и волосы-образец имеют сходство;
- 2) эти волосы принадлежат одному и тому же человеку;
- 3) волосы-вещественные доказательства и волосы-образец не сходны между собой;
- 4) эти волосы происходят от разных людей.

21. Диагностика семенного происхождения пятна возможна:

- 1) методом микроскопии для обнаружения сперматозоидов;
- 2) реакцией на кислую фосфатазу;
- 3) электрофоретическим разделением спермы для выявления изофермента лактатдегидрогеназы – X, типичной для сперматозоидов;
- 4) методом разделительного электрофореза для установления в сперме специфического только для нее белка т. н. протеина-30.

22. Групповые антигены в пятнах, образованных слюной, можно определить:

- 1) количественным методом реакции абсорбции агглютининов;
- 2) серологической реакцией абсорбции-элюции;
- 3) серологической реакцией смешанной агглютинации;
- 4) реакцией иммунофлюоресценции.

23. Установление наличия слюны на вещественных доказательствах основано на выявлении:

- 1) белков: муцина, глобулина, альбумина;
- 2) аминокислот;
- 3) амилазы (птиалина);
- 4) виннокаменной и мочекаменной кислот.

24. Установление наличия пота в пятнах возможно по обнаружению:

- 1) креатина, креатинина;
- 2) аминокислоты серина;
- 3) гистидина;
- 4) роданистых соединений.

25. Установление наличия секрета влагалища в пятнах возможно:

- 1) по комплексу признаков, таких как: морфологические особенности влагалищных клеток, высокое содержание гликогена в цитоплазме и наличие X-хроматина в ядре;
- 2) по пептидазному ферменту;
- 3) по ферменту лактатдегидрогеназы (ЛДГ) – по его 5-й 4-й фракциям;
- 4) по содержанию в исследуемом объекте клеток влагалищного эпителия, лейкоцитов и различных микроорганизмов, обнаруживаемых микроскопически.

26. При идентификации орудия травмы по результатам исследований повреждений от действия тупых твердых предметов возможно определить:

- 1) вид предмета, от действия которого возникло повреждение (тупой твердый с ограниченной поверхностью);
- 2) групповую принадлежность предмета (предмет имел удлиненную цилиндрическую форму, или контактная ударяющая поверхность имела квадратную, или в виде полукруга форму и т.д.);
- 3) род предмета (рубящий, колющий);
- 4) конкретный экземпляр травмирующего предмета.

27. Групповую принадлежность орудия травмы можно определить по причиненным им:

- 1) кровоподтекам;
- 2) дырчатым и вдавленным переломам костей свода черепа;
- 3) ссадинам;
- 4) разрывам внутренних органов.

28. Идентифицировать тупой твердый предмет как орудие травмы, причинивший следы-повреждения на коже, можно:

- 1) по повреждениям со сложной конфигурацией, возникшим от действия контактирующего ребра с кожей;
- 2) по наличию каких-либо характерных особенностей повреждений, возникших на значительной площади;
- 3) по наличию следов наслоения в области повреждений;
- 4) только по комплексу всех названных признаков.

29. При идентификации орудия травмы по результатам исследований повреждений от действия острых предметов возможно установить:

- 1) групповую принадлежность орудия травмы;
- 2) общие признаки внешнего вида предмета, которым причинены повреждения;
- 3) род такого оружия;
- 4) конкретный экземпляр травмирующего предмета.

30. Необходимость установления личности живого человека возникает:

- 1) когда потерпевший или подозреваемый отказывается сообщить свое имя, фамилию;
- 2) при привлечении к уголовной ответственности лиц, совершивших преступление;
- 3) при привлечении к уголовной ответственности за тяжкие преступления несовершеннолетних;

- 4) если обнаружено лицо в бессознательном состоянии без документов.

31. Необходимость установления личности погибшего человека возникает:

- 1) при обнаружении трупа неизвестного лица;
- 2) расчлененного трупа;
- 3) скелетированного трупа;
- 4) тайно захороненного трупа.

32. Личность неизвестного человека может отождествляться:

- 1) по внешним признакам;
- 2) по данным медицинских документов;
- 3) по одежде и украшениям на нем;
- 4) по выводным протокам потовых желез (пороскопия).

33. Личность неизвестного человека может отождествляться:

- 1) путем дактилоскопической идентификации (по следам кожных узоров пальцев кистей);
- 2) по функциональным признакам личности;
- 3) по «фотороботу»;
- 4) по костным останкам.

34. Личность неизвестного человека можно отождествить:

- 1) методом компьютерного сравнения прижизненных изображений предполагаемого лица и черепа неизвестного лица;
- 2) фотосовмещением – сопоставлением фотографий черепа трупа и исчезнувшего человека;
- 3) по особым приметам;
- 4) методом «геномной дактилоскопии».

35. Методом «геномной дактилоскопии» возможно установить:

- 1) наступление беременности от конкретного лица;
- 2) происхождение ребенка от конкретных мужчины и женщины;
- 3) мужскому или женскому трупу принадлежат обнаруженные части тела;
- 4) расовую принадлежность обнаруженных останков человека.

36. Метод «геномной дактилоскопии» позволяет решать:

- 1) вопросы индивидуального происхождения крови, спермы, кусочков органов и тканей, вырванных волос;
- 2) определение принадлежности одному или разным трупам принадлежат разрозненные их части;

- 3) взрослому человеку или новорожденному принадлежит кровавое пятно на вещественном доказательстве;
- 4) является ли конкретный мужчина отцом конкретного ребенка?

37. Если имеется предположение, что найденные костные останки являются костями скелета исчезнувшего конкретного человека, эксперт производит сравнение признаков, выявленных на этих костях с данными:

- 1) его медицинских документов;
- 2) показаний близких родственников, характеризующих особенности исчезнувшего человека;
- 3) рентгенограмм;
- 4) фотоснимков.

РАЗДЕЛ 13
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРИ РАССЛЕДОВА-
НИИ НАРУШЕНИЙ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНО-
СТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

1. Основной документ, определяющий профессиональную деятельность медицинских работников в Республике Беларусь:

- 1) конституция Республики Беларусь;
- 2) уголовный кодекс Республики Беларусь;
- 3) уголовно-процессуальный кодекс Республики Беларусь;
- 4) закон Республики Беларусь о здравоохранении (11.01.2002 г).

2. Профессиональная деятельность врача в РБ регламентирована:

- 1) моральными нормами;
- 2) правовыми нормами;
- 3) необходимостью соблюдения законодательства «О здравоохранении»;
- 4) уголовным и уголовно-процессуальным кодексами Республики Беларусь.

3. Проступком медицинского работника является:

- 1) неоказание врачом помощи больному;
- 2) незаконное занятие частной медицинской практикой;
- 3) действие, врача формально содержащие признаки правонарушения, предусмотренного УК РБ, но в силу малозначительности не обладающее общественной опасностью;
- 4) производство аборта врачом не акушером.

4. К преступлениям медицинских работников относятся:

- 1) причинение смерти по неосторожности во время оперативного вмешательства;
- 2) причинение тяжкого телесного повреждения больному, вследствие небрежного лечения перелома бедра;
- 3) действия, повлекшие наступление смерти больного от рефлекторной остановки дыхания во время операции на органах шеи;
- 4) смерть больного с кровоизлиянием в мозг на почве ангиоматоза ЦНС во время подготовки его к операции.

5. К уважительным причинам неоказания медицинской помощи относятся:

- 1) невозможность вступить в физический контакт с больным, вследствие разлива рек, исключаяющего движение всех налич-

ных транспортных средств;

- 2) врач-хирург не явился по вызову к больному, так как он в это время оказывал медицинскую помощь другому больному с острой кишечной непроходимостью;
- 3) врач не явился по вызову к больному, так как сам в это время был болен, был вынужден соблюдать постельный режим;
- 4) когда специальность, знания врача не позволяют ему лично оказать помощь конкретному больному.

6. За какие, из ниже перечисленных, действия (бездействия) врача Уголовным кодексом РБ предусмотрена ответственность?

- 1) оставление инородных предметов в полостях тела при операциях;
- 2) неправильное применение лекарственных средств;
- 3) оставление тяжело больных без должного наблюдения;
- 4) смерть от разлитого гнойного перитонита наступила при гангренозном аппендиците, с которым больной с запозданием обратился за медицинской помощью.

7. В соответствии с Законом «О здравоохранении» медицинские работники обязаны оказывать первую медицинскую помощь в пределах своих возможностей нуждающимся в ней:

- 1) в поликлинике;
- 2) в медицинском стационаре;
- 3) следуя в поезде;
- 4) в рейсовом автобусе.

8. В каких случаях за ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинскими работниками наступает уголовная ответственность:

- 1) если действия врача повлекли осложнение болезни, хотя и закончившейся благоприятным исходом;
- 2) если они повлекли причинение пациенту по неосторожности тяжкое или менее тяжкое телесное повреждение;
- 3) если они повлекли смерть больного;
- 4) если они повлекли заражение ВИЧ-инфекцией.

9. Врачебную тайну составляет информация:

- 1) о факте обращения гражданина за медицинской помощью;
- 2) о состоянии его здоровья;
- 3) о диагнозе заболевания;
- 4) о требованиях пациента к лечащему врачу.

10. К преступлениям медицинских работников против свободы, чести, достоинства и личной безопасности граждан относятся:

- 1) помещение в психиатрическую больницу заведомо психически здорового лица без его согласия или согласия его законного представителя;
- 2) незаконное удержание такого лица в психиатрической больнице;
- 3) если согласие на помещение в больницу было получено обманным путем;
- 4) отказ в помещении в стационар пациента с навязчивой идеей о наличии у него тяжелого заболевания.

11. Какие из ниже перечисленных деяний врача относятся к преступлениям медицинских работников против здоровья населения?

- 1) хищение наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров;
- 2) незаконный оборот наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров;
- 3) незаконный оборот сильнодействующих или ядовитых веществ;
- 4) передозировка лекарственных средств больному.

12. Какими законами в Республике Беларусь предусмотрены меры противодействия незаконному обороту и распространению наркомании?:

- 1) законом «О здравоохранении»;
- 2) Уголовным кодексом РБ;
- 3) Конвенцией о борьбе с незаконным оборотом наркотических средств и психотропных веществ, 1988 г;
- 4) Законом Республики Беларусь от 22 мая 2002 г. № 102-3 «О наркотических средствах, психотропных веществах и их прекурсорах».

13. Незаконным врачеванием является:

- 1) занятие врачебной практикой лицом, не имеющим высшего медицинского образования, повлекшее по неосторожности смерть, либо причинение тяжкого или менее тяжкого телесного повреждения;
- 2) занятие частной медицинской практикой как профессией врачом, не имеющим необходимой для этого лицензии, повлекшее причинение смерти либо менее тяжкого или тяжкого телесного повреждения;
- 3) прием врачом больных за плату после окончания его рабочего времени;

- 4) хранение и сбыт лекарственных средств фармацевтом, без надлежащего разрешения, повлекшее смерть человека.

14. Применительно к медицинским работникам должностными лицами являются:

- 1) главные врачи больниц и поликлиник и их заместители;
- 2) заведующие отделениями;
- 3) главные и старшие медицинские сестры;
- 4) рядовые врачи, выполняющие функции дежурных врачей.

15. Преступлениями против службы лиц медицинского персонала (должностными преступлениями) являются:

- 1) присвоение себе главврачом больничного инвентаря;
- 2) служебный подлог;
- 3) служебная халатность;
- 4) получение взятки.

16. Служебным подлогом является:

- 1) составление и выдача свидетельства о смерти с заведомо искаженными данными о причине смерти;
- 2) наличие ошибок в цифровых показателях работы стационара в годовом отчете лечебного учреждения;
- 3) составление заведомо неправильной истории болезни;
- 4) подделка листка о временной нетрудоспособности.

17. В чем может выразиться служебная халатность?

- 1) в факте необоснованного отказа заведующего хирургическим отделением больницы в госпитализации тяжело больного с острым аппендицитом, мотивируя свой отказ отсутствием свободных мест в отделении. У данного больного наступило осложнение перитонитом, приведшим его к смерти;
- 2) в том, что главный врач поликлиники никак не отреагировал на просьбу оказать первую медицинскую помощь раненому человеку на улице;
- 3) в том, что по причине несоблюдения правил хранения и учета наркотических средств в больнице произошло их хищение;
- 4) наступление смерти больного вследствие поздно проведенного хирургического вмешательства у больного острой кишечной непроходимостью.

18. Получение взятки должностным лицом заключается:

- 1) в принятии должностным лицом материальных ценностей, представленных ему исключительно в связи с занимаемым должностным положением;
- 2) в принятии материальных ценностей за выполнение в интересах дающего какого-либо действия, которое он мог совершить с использованием своих служебных полномочий;
- 3) в принятии должностным лицом угощения в ресторане за использование своих служебных полномочий в интересах преджившего угощение;
- 4) в принятии букета цветов врачом акушер-гинекологом, она же заведующая родильным отделением, после участия в приеме родов с благополучным исходом.

19. Основные вопросы, решаемые экспертной комиссией по делам о правонарушениях в профессиональной деятельности медицинских работников:

- 1) установление правильности и своевременности лечения;
- 2) установление причинной связи между действием врача и наступившими вредными последствиями для больного;
- 3) установление правильности выбора метода и осуществления лечения;
- 4) установление виновности медицинских работников в наступлении неблагоприятного исхода.

20. Несчастными случаями в медицинской практике могут быть:

- 1) наступление смерти вследствие индивидуальной непереносимости лекарственного вещества при первом его введении в организм в обычных лечебных дозах;
- 2) внезапная смерть на операционном столе от эмоционального шока;
- 3) внезапная смерть на операционном столе от рефлекторной остановки сердца;
- 4) внезапная смерть при операциях на органах шеи и др.

21. Объективные причины, служащие возникновению т. н. врачебных ошибок:

- 1) несовершенство медицинских знаний о происхождении и диагностике ряда заболеваний;
- 2) отсутствие в ряде случаев необходимого времени для обследования больного, его бессознательное состояние;
- 3) нетипичное течение заболевания;
- 4) халатность врача.

22. Субъективные причины возникновения врачебных ошибок:

- 1) недостаточная подготовка врача;
- 2) малый опыт врача;
- 3) недобросовестное отношение врача к выполнению своих обязанностей;
- 4) неполноценное обследование больного.

23. В состав судебно-медицинской экспертной комиссии при проведении экспертиз о профессиональных правонарушениях медицинских работников могут входить:

- 1) судебно-медицинские эксперты;
- 2) высококвалифицированные специалисты – клиницисты необходимого профиля;
- 3) представители органов здравоохранения;
- 4) представители следственных органов.

24. При экспертизах профессиональных правонарушений медицинских работников чаще всего решаются следующие вопросы:

- 1) своевременно и правильно ли было диагностировано заболевание или повреждение;
- 2) своевременно, правильно и в полном ли объеме оказана медицинская помощь;
- 3) какие дефекты были допущены в диагностике или лечении заболевания или травмы и их причинно-следственная связь с наступившими неблагоприятными последствиями;
- 4) имело ли место в конкретном случае правонарушение и кем оно допущено.

25. Комиссия в процессе проведения экспертизы должна пользоваться:

- 1) ведомственными приказами, инструкциями, методическими письмами;
- 2) официальными медицинскими документами, регламентирующими деятельность медицинских работников по конкретным вопросам;
- 3) учебниками по конкретным специальностям;
- 4) правилами производства судебно-медицинских экспертиз по материалам уголовных и гражданских дел в Республике Беларусь (1.07.1999 г.).

26. Что понимается под т.н. врачебной ошибкой?

- 1) Неблагоприятный исход медицинского вмешательства, явившийся результатом неблагоприятного стечения обстоя-

- тельств, которые невозможно было предвидеть и предупредить при оказании медицинской помощи больному;
- 2) Добросовестное заблуждение врача в его суждениях и действиях, если последние не содержат элементов халатности или медицинского невежества;
 - 3) Неблагоприятный исход (смерть больного), наступивший в результате непереносимости лекарственного вещества (например, антибиотика) при первом его введении в обычной дозе;
 - 4) Такие действия медицинского работника, которые были объективно неправильными и находились в противоречии с общепринятыми правилами медицины.

ЭТАЛОНЫ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ С ПОЯСНЕНИЯМИ К НИМ

РАЗДЕЛ 1

№	Ответы	Объяснение
1	3	Указом Президента от 6.11.1998 г. № 532 Белорусская Государственная служба судебно-медицинской экспертизы преобразована в самостоятельное государственное учреждение. Создана вертикаль подчиненности судебно-медицинских учреждений республики.
2	1,3,4	Согласно инструкции от 11.10.2002 № 67-с (п.п. 11, 12) судебно-медицинские экспертизы и другие виды судебно-медицинской деятельности осуществляют специалисты, являющиеся государственными судебно-медицинскими экспертами, и лица, занятые научной и педагогической деятельностью в области судебной медицины; к участию в производстве судебно-медицинской экспертизы могут быть привлечены в качестве врачей-экспертов другие специалисты учреждений системы здравоохранения или иных ведомств путем включения в состав судебно-медицинских экспертных комиссий.
3	1,2,3	Согласно УПК (ст. 228) назначение и проведение экспертизы обязательно, если необходимо установить: 1) причину смерти, характер и степень тяжести телесных повреждений; 2) возраст подозреваемого, обвиняемого, потерпевшего, когда это имеет значение..., 3) психическое или физическое состояние подозреваемого, обвиняемого, когда возникает сомнение по поводу их вменяемости..., 4) психическое или физическое состояние потерпевшего, когда возникает сомнение в его способности правильно воспринимать обстоятельства....
4	1,4	Согласно УПК (ст. 227), признав необходимым назначение экспертизы, следователь, дознаватель выносят об этом постановление. Суд также вправе назначить экспертизу своим определением, постановлением (ст.ст. 305, 334 УПК).
5	1,2,3,4	Согласно инструкции о производстве судебно-медицинской экспертизы в Республике Беларусь (№67-с от 11.10.2002) к компетенции судебно-медицинской экспертизы относятся: экспертиза трупов в случаях насильственной смерти и при подозрении на насильственную смерть; экспертиза потерпевших, обвиняемых и других

		лиц; экспертиза вещественных доказательств; экспертиза по материалам уголовных, гражданских дел и дел по административным правонарушениям.
6	1,2	Одним экспертом могут проводиться первичные и дополнительные экспертизы (инструкция № 67-с, от 11.10.2002).
7	1,2,4	Согласно инструкции о производстве судебно-медицинской экспертизы в РБ участие нескольких экспертов (комиссионно) обязательно при производстве экспертиз по делам о привлечении к уголовной ответственности медицинских работников за профессиональные правонарушения; повторных экспертиз; экспертиз определения возраста; экспертиз в сложных случаях; экспертиз в отношении иностранных граждан.
8	3	Согласно УПК (ст. 233) комплексная экспертиза проводится экспертами различных специальностей в пределах своей компетенции в случаях, когда для производства исследований необходимы познания в разных отраслях знаний.
9	1,4	Согласно УПК, эксперт имеет право: 1) знакомиться с материалами, относящимися к предмету экспертизы, и выписывать из них необходимые сведения; 2) заявлять ходатайство о привлечении к проведению экспертизы других экспертов... Эксперт не вправе самостоятельно собирать материалы, относящиеся к предмету экспертизы и допрашивать потерпевших, свидетелей.
10	1,2,4	Согласно УПК (ст. 61) эксперт обязан: - дать обоснованное и объективное заключение по поставленным перед ним вопросам; - являться по вызовам органа, ведущего уголовный процесс; - отказаться от дачи заключения, если представленные ему материалы недостаточны для ответа на поставленные вопросы...
11	1,2,3	С разрешения следователя эксперт может участвовать в допросах, осмотрах места происшествия, в следственных экспериментах. Эти мероприятия проводит и оформляет протоколами следователь, а эксперт участвует в них в качестве специалиста в области судебной медицины.
12	1,2,3	Согласно ст. 334 УПК, в судебном заседании эксперт с разрешения председательствующего вправе задавать вопросы допрашиваемым лицам (такowymi являются под-

		судимый, свидетели, потерпевший).
13	1,2,4	Никакие доказательства для органа дознания, дознавателя, следователя, прокурора, суда не имеют заранее установленной силы. Они оценивают доказательства, руководствуясь законом и своим внутренним убеждением, основанным на всестороннем, полном и объективном исследовании всех обстоятельств уголовного дела в их совокупности (ст.ст. 19,95 УПК РБ).

РАЗДЕЛ 2

№	Ответы	Объяснение
1	2	Независимо от причин, вызывающих умирание, организм перед смертью претерпевает, как правило, ряд состояний, называемых терминальными. К ним относятся предагональное состояние, терминальная пауза, агония и клиническая смерть.
2	2	
3	3,4	
4	3	Как правило, в начале наступления смерти прекращается деятельность дыхательного центра. После остановки дыхания работа сердца продолжается еще в течение нескольких минут.
5	1,3	Темп умирания организма в каждом отдельном случае индивидуален, однако принято различать быстро и медленно наступающую смерть. При быстро наступающей смерти предагональный и агональный периоды могут быть значительно укорочены или выпадать вообще (например, при обширной черепно-мозговой травме).
6	1,2	Преагональное состояние характеризуется резко выраженными расстройствами кровообращения и дыхания, нарушением деятельности центральной нервной системы. Человек резко угнетен, слабо реагирует на сильные внешние раздражители, сознание его затемнено, рефлексы ослаблены. Дыхание поверхностное. Артериальное давление низкое.
7	1,2	Терминальная пауза проявляется внезапной остановкой дыхания, резким угнетением деятельности сердца, прекращением биоэлектрической активности головного мозга, угасанием роговичных и других рефлексов. Ее продолжительность от 5-10 секунд до 3-4 минут.
8	2,3	Агония – стадия более глубокого умирания. Наступает выключение функций высших отделов головного мозга, сознание утрачивается. Одновременно отмечается активность центров продолговатого мозга, что сопровождается кратковременным усилением функций дыхания и кровообращения. Агональное дыхание резко отличается от обычного – в акте вдоха участвует вся дыхательная мускулатура. Умиравший как бы хватается ртом воздух.
9	4	Достоверными признаками наступления смерти являются падение температуры в прямой кишке до 23 °С и ниже, явления подсыхания слизистых и белочной оболочки глаза, изменение формы зрачка на щелевидную
10	4	
11	4	

		при сдавливании глаза, ранние трупные изменения. Рано и достоверно можно определить наступление смерти с помощью электрокардиографии и энцефалографии по отсутствию импульсов возбуждения.
12	3	При длительной агонии в крупных сосудах и полостях сердца обнаруживают свертки крови, которые образуются фибрином, что придает им желтоватый цвет
13	1,2	К ранним трупным изменениям относят охлаждение, высыхание, трупные пятна, окоченение, аутолиз.
14	2	
15	1	При механической асфиксии, равно как и при других видах быстро наступившей смерти (отравление алкоголем, психотропными, наркотическими средствами и др.; поражение техническим электричеством; острая сердечно-сосудистая недостаточность и др.) трупные пятна выражены хорошо, интенсивные; имеют багрово-синюшный цвет, т.к. при указанных причинах смерти кровь в сосудах остается жидкой, а почти весь оксигемоглобин восстановлен в гемоглобин.
16	2	При смерти от отравления окисью углерода в крови имеется высокая концентрация карбоксигемоглобина, что придает ей алый цвет, и соответственно, ярко-красную окраску трупным пятнам.
17	1	Под острой кровопотерей в судебной медицине понимают быстрое истечение крови из магистральных сосудов в относительно небольших количествах (200-500 мл), поэтому трупные пятна имеют обычную багрово-синюшную окраску без заметного побледнения.
18	3	Под обильной кровопотерей в судебной медицине понимают истечение большого количества крови (50-70%, т.е. 2,5-3,5 л.). Соответственно, трупные пятна будут выражены слабо.
19	4	Трупные пятна обычно сине-багрового цвета. При некоторых причинах смерти они могут быть и другого цвета (ярко-красные при отравлении окисью углерода, серо-коричневые при отравлении метгемоглобинообразующими ядами).
20	1,3	Гипостаз – первая стадия развития трупных пятен; происходит лишь стекание крови по сосудам в нижерасположенные части трупа. В этой стадии трупное пятно при надавливании полностью исчезает, а через несколько секунд или минут после прекращения надавливания вновь восстанавливает свой цвет.
21	1	Гипостаз – первая стадия развития трупных пятен; про-

		исходит лишь стекание крови по сосудам в нижерасположенные части трупа. Кровь находится в сосудах, не пропитывает мягкие ткани, поэтому при изменении положения трупа трупные пятна полностью перемещаются в нижележащие его части.
22	1	В течение 4-10 часов от момента смерти трупные пятна находятся в стадии гипостаза, см. п. 20,21.
23	2,4	В стадии диффузии (стаза) лимфа и межклеточная жидкость постепенно диффундируют сквозь стенки кровеносных сосудов внутрь их, разбавляют плазму крови, усиливая гемолиз эритроцитов. Жидкая часть крови диффундирует через сосудистые стенки в обратном направлении и пропитывает окружающие ткани. При надавливании трупных пятен в стадии диффузии они бледнеют и восстанавливают свой цвет спустя минуты – десятки минут.
24	2	В стадии диффузии (стаза) лимфа и межклеточная жидкость постепенно диффундируют сквозь стенки кровеносных сосудов внутрь их, разбавляют плазму крови, усиливая гемолиз эритроцитов. Жидкая часть крови диффундирует через сосудистые стенки в обратном направлении и пропитывает окружающие ткани. При изменении положения трупа, трупные пятна могут частично перемещаться и появляться на новых нижележащих участках тела. Ранее образовавшиеся трупные пятна сохраняются, но окраска их несколько уже бледнее.
25	2	Объяснение см. п. 24.
26	1,3	В стадии имбибии (пропитывания) распавшаяся кровь, просочившаяся из кровеносных сосудов, пропитывает и окрашивает кожу. При надавливании цвет трупных пятен не меняется.
27	2	К концу 1-х суток начинает развиваться 3-я стадия трупных пятен – имбибия (пропитывание). Распавшаяся кровь, просочившаяся из кровеносных сосудов, пропитывает и окрашивает кожу. Изменение положения трупа не приводит к перемещению трупных пятен.
28	3	К концу 1-х суток начинает развиваться стадия трупных пятен имбибия (пропитывание). Распавшаяся кровь, просочившаяся из кровеносных сосудов, пропитывает и окрашивает кожу. Изменение положения трупа не приводит к перемещению трупных пятен.
29	1	Первая стадия развития трупных пятен продолжается до 8-12 часов от момента смерти; происходит лишь сте-

		кание крови по сосудам в нижерасположенные части трупа. Кровь находится в сосудах, не пропитывает мягкие ткани, поэтому при изменении положении трупа трупные пятна полностью перемещаются в нижележащие его части.
30	4	На разрезе в мягких тканях в области кровоподтека обнаруживают кровоизлияние в виде скопления жидкой или свернувшейся крови либо участок ткани, пропитанный кровью.
31	3	Трупное окоченение обычно начинает выявляться через 2-4 часа после наступления смерти.
32	2	Первым признаком гниения трупа (в условиях комнаты) является зеленоватое окрашивание кожных покровов в правой подвздошной области на 2-3 день после смерти.
33	1,2	При давности наступления смерти 8 часов трупные пятна находятся в стадии гипостаза, при надавливании пальцем исчезают и восстанавливают окраску в течение 1-2 минут. Трупное окоченение выявляется во всех группах мышц.
34	4	На большинство признаков давности смерти большое влияние оказывают различные эндогенные и экзогенные факторы, в результате чего практически невозможно установление достоверных экспертных критериев давности смерти, поэтому судебно-медицинский эксперт только с определенным допуском может устанавливать сроки давности смерти, сопоставляя между собой комплекс известных ему признаков (результатов ранних и поздних изменений трупа, суправитальных реакций и лабораторных исследований органов, тканей, жидкостей трупа).
35	3	По мнению ученых судебных медиков, наиболее объективным методом определения давности смерти является использование комплекса данных о динамике снижения температуры трупа (в подмышечных впадинах, в прямой кишке, глубокой термометрии печени, внутригрудной температуры и т. д.) с последующим составлением различных вариантов таблиц, в которых отражены показатели снижения температуры трупа во времени.
36	1,2,3,4	Из суправитальных реакций, рекомендуемых для установления давности наступления смерти в ранние сроки, известны: а) ответная реакция мышц на механическое раздражение при поколачивании по ним твердым предметом;

	<p>б) ответная реакция мышц при раздражении электрическим током (мышц глаза, мимических мышц и сгибателей конечностей);</p> <p>в) реакция мышц на химическое раздражение при закапывании растворов атропина и пилокарпина в глаза трупа;</p> <p>г) посмертная реакция потовых желез на подкожное введение раздражителей.</p>
--	--

РАЗДЕЛ 3

1	1,2,3	Для участия в осмотре трупа на месте его обнаружения следователь вправе приглашать как специалиста в области судебной медицины, так и иного врача.
2	3,4	Врач-специалист в области судебной медицины по данным осмотра может ответить следователю в устной форме, какова приблизительно давность наступления смерти, есть ли признаки изменения положения трупа после наступления смерти, имеются ли на трупе наружные повреждения, каким предположительно предметом они причинены; является ли место обнаружения трупа местом, где были нанесены повреждения; какова возможная причина смерти.
3	3	Осмотр места происшествия и трупа осуществляет следователь. Судебно-медицинский эксперт на месте обнаружения трупа консультирует следователя по вопросам, связанным с наружным осмотром трупа и последующей судебно-медицинской экспертизой трупа; оказывает следователю помощь в обнаружении и изъятии следов биологического происхождения и других объектов; дает пояснение производимых действий и полученных результатов.
4	2	Повреждение сосудов шеи может сопровождаться развитием воздушной эмболии. Пробу на наличие воздушной эмболии проводят до исследования черепа, грудной и брюшной полостей.
5	2	Фиксация кусочков для судебно-гистологического исследования производится в 10% формалине.
6	1,2,3	При внутреннем исследовании судебно-медицинский эксперт обязательно исследует полости черепа, грудную и брюшную.
7	1,3,4	Позвоночник и спинной мозг при судебно-медицинской экспертизе трупа подлежат исследованию при наличии их повреждений или заболеваний, а также при черепно-мозговой травме, дорожно-транспортных происшествиях, падении с различной высоты.
8	4	При подозрении на воздушную эмболию внутреннее исследование начинают с проведения соответствующей пробы (делают проколы желудочков сердца под водой до извлечения сердца из грудной полости).
9	4	Последовательность исследования и описания полостей и органов определяется судебно-медицинским экспертом в зависимости от конкретных обстоятельств

10	1,2	При исследовании частей расчлененного трупа или отдельных его частей эксперт первоначально решает, принадлежат ли они человеку или животному и какова их анатомическая принадлежность.
11	1,2	Криминалистические расчленения тела могут производиться с целью облегчения транспортировки и сокрытия частей трупа или с целью затруднить опознание личности покойного.
12	1,2,3,4	При экспертизе частей трупа или костных останков необходимо определить их видовую принадлежность, одному трупу или нескольким они принадлежат; установить личность человека, труп которого подвергся расчленению (сегментированию); произвести судебно-химическое исследование для установления наличия или отсутствия ядовитых веществ и др.
13	1,2,3,4	По костным останкам скелетированного трупа можно установить их видовую, половую принадлежность, иногда причину смерти субъекта, возраст и рост покойного и др.
14	1,2,3	Установление принадлежности частей расчлененного трупа одному или нескольким трупам решают по совпадению линий и плоскостей разделения мягких тканей, суставов, костей посредством сопоставительных исследований. Также устанавливаются антигенные свойства; определяют половую принадлежность объектов; возможно использование определяемых эмиссионным спектральным методом качественных и количественных характеристик макро- и микро элементов отдельных костей.
15	1,2,3	Расчленение тела возможно при транспортных происшествиях, при падениях с высоты, в результате взрывов, расчленения причиняются острыми режущими, рубящими, пилящими предметами.
16	1,2	Определение причины смерти человека при исследовании расчлененных трупов бывает возможным в тех случаях, когда на экспертизу поступают все части трупа и без значительных гнилостных изменений при наличии на них несовместимых с жизнью повреждений или выраженных морфологических признаков заболеваний, которые могли обусловить наступление смерти.
17	3,4	Извлечение трупа из места захоронения (эксгумация) и его осмотр проводит следователь с участием врача-специалиста в области судебной медицины, а при не-

		возможности его участия - иного врача (УПК ст. 205).
18	1,2,4	Необходимость исследования эксгумированного трупа возникает в тех случаях, когда труп был захоронен без вскрытия, а в последующем появилась версия о возможности насильственной смерти, или первичная экспертиза проведена с существенными дефектами, или выявились какие-либо новые обстоятельства, требующие дополнительных исследований.
19	1,2,4	При исследовании эксгумированного трупа необходимо описание тех повреждений, которые имелись на трупе и были описаны при первичном исследовании его, описание повреждений, причиненных при первичном исследовании, повреждений на месте изъятых органов, костей, швов и тех изменений, которые образовались вследствие разложения трупа.
20	1,2	При исследовании трупа, эксгумированного спустя длительное время после захоронения, возможно, решить, если имелись переломы костей, характер повреждений костей, механизм их образования, подтвердить или опровергнуть заключение эксперта в первичной экспертизе трупа. Через несколько лет могут быть обнаружены в останках трупа металлические яды, мышьяк.
21	1,2,3	При исследовании эксгумированного трупа, в случае подозрения отравления, для судебно-химического исследования изымают пробы земли над и под гробом (по 500 г) части гроба, одежду с трупа. Из трупа для судебно-химического исследования изымают либо органы, если они сохранились, или их разложившиеся остатки общей массой 2 кг.
22	1,3	Основными причинами скоропостижной смерти детей раннего возраста являются: инфекционные заболевания (в первую очередь вирусные поражения органов дыхания); аллергия к антителам внешней среды (например, к коровьему молоку); гипоксические состояния, вызванные различными факторами центрального происхождения, иммунодефицитные состояния, пороки развития.
23	4	Синдром внезапной смерти грудных детей — это неожиданная скоропостижная смерть ребенка грудного возраста, при которой отсутствуют объясняющие причину смерти данные анамнеза, клинические проявления, а также какие-либо специфические морфологические и лабораторные данные. Обычно при исследова-

		нии трупа обнаруживают лишь признаки быстрого наступления смерти.
24	1,2	Считается, что развитие синдрома внезапной смерти детей может быть объяснено только нежизнеспособностью конкретного индивида и обусловлено крайней степенью его дезадаптации, проявляющейся наличием врожденных пороков развития, наследственных прогрессирующих заболеваний или наличием таких форм дезадаптации, которые объяснялись бы наличием каких-либо функциональных нарушений.
25	3	В разъяснениях к Инструкции о порядке заполнения и выдачи формы №10бу-01 «Врачебное свидетельство о смерти», утвержденной Постановлением Минздрава Республики Беларусь и Министерства статистики и анализа Республики Беларусь 04.02.2002 №4/11 сказано, что диагноз артериальной гипертензии устанавливается при наличии следующей морфологической картины системной артериальной гипертензии:
26	2	<ul style="list-style-type: none"> - гипертрофии миокарда (вес сердца 350 г и более); - признаков острого нарушения мозгового кровообращения в виде очагового кровоизлияния или ишемического инсульта, а также ремалиационных кист; - плазморрагии стенок артериол; - поражений мелких артерий и артериол по типу гиалиноза, фибриноидного некроза, гиперплазии интимы при злокачественном течении заболевания; - поражения паренхимы почек с признаками гипертонического ангиосклероза, гиалиноза клубочков, атрофии канальцев и интерстициального склероза (первично сморщенная почка);
27	1,2,3	<ul style="list-style-type: none"> - выраженного атеросклероза аорты, коронарных и мозговых артерий
28	4	Факторами риска для развития атеросклероза являются: высокое кровяное давление, курение, сахарный диабет, недостаточная физическая активность, психоэмоциональное перенапряжение, постоянное потребление избыточного количества углеводов.
29	1,2,4	Существенное значение в развитии ИБС имеют т.н. факторы риска. Ими являются: курение, сахарный диабет, стрессовые состояния, артериальная гипертензия, питание продуктами, богатыми холестерином, углеводами и др.
30	1,2,3	В разъяснениях к Инструкции о порядке заполнения и

		<p>выдачи формы №106у-01 «Врачебное свидетельство о смерти», утвержденной Постановлением Минздрава Республики Беларусь и Министерства статистики и анализа Республики Беларусь 04.02.2002 №4/11 сказано, что критериями установления диагноза ИБС, как основной причины смерти, являются:</p> <ul style="list-style-type: none"> - инфаркт миокарда вне зависимости от вида и объема поражения миокарда сердца, выраженности атеросклероза коронарных артерий, кардиосклероза; - острая коронарная недостаточность, возникающая при любой степени атеросклеротического поражении венечных артерий и подтвержденная наличием острой очаговой ишемической дистрофии миокарда при электронной микроскопии, исследовании гистохимическими и люминесцентными методами; - постинфарктный крупноочаговый кардиосклероз, аневризма сердца при отсутствии других наиболее вероятных причин смерти; - атеросклеротический кардиосклероз (атеросклеротическая болезнь сердца), характеризующийся стенозирующим атеросклерозом венечных артерий (50% и более) с наличием диффузного мелкоочагового кардиосклероза (до 1 см в диаметре), дистрофических изменений мышечных волокон на фоне гипертрофии миокарда или без нее, кровоизлияниями в интиму основных коронарных артерий, с явлениями хронической недостаточности кровообращения, дистрофическими изменениями легких, печени, почек и др. при исключении других возможных причин смерти.
31	2	Острые инфаркты миокарда, при которых смерть наступает ранее 6–12 часов с момента начала приступа, чаще всего не имеют никаких макроскопически заметных признаков.
32	1	См. ответ №30
33	1	

РАЗДЕЛ 4

1	3	Признаки новорожденности включают в себя комплекс наружных и внутренних особенностей, в том числе наличие на коже сыровидной смазки, наличие влажной сочной пуповины, мекония в толстой кишке... Наличие точки окостенения в нижнем эпифизе бедра диаметром около 0,5 см является признаком доношенности младенца.
2	1	Согласно МКБ-Х доношенным считаются роды при сроке беременности от 37 до 42 недель. Этому сроку соответствует длина плода 48-54 см, масса тела 3-3,5 кг, наличие точки окостенения в нижнем эпифизе бедра диаметром около 0,5 см.
3	3	Для определения продолжительности внутриутробной жизни (в лунных месяцах) при длине тела больше 25 см ее величину делят на 5.
4	4	Легочная проба основана на помещении легких и отдельных их кусочков в воду. Положительной является проба, при которой легкие и отдельные их части плавают на поверхности воды за счет наличия в них воздуха. Воздух в легких может присутствовать как у живорожденных младенцев, так и при гнилостных изменениях, а также при проведении искусственного дыхания.
5	1	В судебной медицине периодом новорожденности считается короткий промежуток времени после рождения ребенка, ограниченный правовой нормой. В «Комментарии» к УК высказывается мнение понимать этот промежуток времени совпадающим с ранним послеродовым периодом.
6	4	Пуповина имеется у новорожденного не зависимо от того, родился он живым либо мертвым.
7	2	При гистологическом исследовании легких мертворожденных выстилающий альвеолы эпителий имеет кубическую форму, альвеолы не расправлены или расправлены частично, просвет их щелевидный или неправильно угловатой формы, в нем плотные элементы околоплодных вод, беспорядочно расположенные пучки и спирали эластических волокон и наличие густой сети междольковых тяжей соединительной ткани. Просветы мелких бронхов и бронхов среднего калибра слабо различимы, имеют звездчатую форму.
8	1	Доказательством естественного дыхания новорожденного ребенка является овальная или круглая форма аль-

		веол, бронхов и бронхиол с хорошо различимым их просветом, эластические волокна, идущие по окружности альвеол в виде тонких натянутых пучков, не извитые, межальвеолярные перегородки тонкие, респираторный эпителий уплощён.
9	4	В судебно-медицинской практике жизнеспособным принято считать нормально развитого младенца, если он родился после 8 лунных месяцев беременности (длина тела более 40 см, масса тела более 1500 г).
10	2	Под зрелостью плода понимают такую степень его физического развития, которая обеспечивает готовность органов и систем к внеутробному существованию. Она характеризуется комплексом признаков, к которым относятся длина тела, его масса (в среднем, 3-3,5 кг), размеры головы, состояние кожи, волос, ногтей и т.д.
11	1	Описанное состояние пуповины характерно для ребенка в первый день его жизни, т.е. для новорожденного.
12	3	Описанные признаки свидетельствуют об уходе за новорожденным.
13	2	Если воздух обнаруживается только в желудке, то продолжительность жизни была несколько минут, если воздухом заполнен желудок и тонкая кишка, продолжительность жизни была в пределах 4-6 часов.
14	3	Через 6-12 часов после родов у места прикрепления к брюшной стенке пуповина начинает подсыхать, на коже появляется красноватая кайма – демаркационное кольцо (место будущего отпадения), которая к концу первых суток достигает полной выраженности.
15	2	Наличие вышеуказанных признаков (влажная, сочная пуповина, меконий в толстой кишке) являются признаками новорожденности.
16	1	Состояние пупка и пуповины при установлении новорожденности весьма показательны. Если обнаруживают младенца с пуповиной, не отделенной от плаценты, то не возникает сомнения, что ребенок новорожденный. Отделение пуповины и заживление пупка на любой стадии – бесспорный признак того, что ребенок жил после рождения какое-то время.
17	3	В судебной медицине принято считать жизнеспособным плод, родившийся после 8 лунных месяцев беременности, достигший длины не менее 40 см и массы тела не менее 1500 г. и не имеющий уродств, заболеваний или родовой травмы, несовместимых с жизнью.

18	2,4	Признаками ухода за новорожденным являются: обрезанная и перевязанная пуповина, обмытое тельце, наличие подобающей одежды на нем (рубашка, пеленки, одеяло), чистое содержание ребенка, наличие пищи, ее остатков в желудочно-кишечном тракте.
19	2,3	В тех случаях, когда на экспертизу поступают только отдельные части плода, срок внутриутробного развития и, соответственно, доношенность можно определять по средним цифровым показателям размеров отдельных костей.
20	1,2,3	Причиной смерти плода до родов может явиться: заболевание матери сифилисом, острыми инфекционными заболеваниями (грипп, дизентерия и др.) с переходом инфекции на оболочки, послед и плод; от случайного отравления разными ядами; патологией плодного яйца (короткость пуповины, ее перекручивание, отслойка плаценты, инфаркты в ней), резус-конфликтом, токсикозом, нефрозо-нефритом.
21	1,2,3	Сдавнение и сжатие головки при прохождении через родовые пути практически происходит при каждом роде, при этом наступает смещение костей свода черепа, могут повреждаться намет мозжечка, большой серповидный отросток, венозные синусы, образоваться оболочечные и внутримозговые кровоизлияния. Затяжные роды могут вызвать повреждения костей в виде вдавлений и трещин на лобной и теменных костях.

РАЗДЕЛ 5

№	Ответ	Объяснение
1	1,2,4	Клинок колюще-режущего предмета включает в себя лезвие, острие, обушок.
2	1,4	Признаками колотой раны являются небольшие размеры раны на коже, осаднение краев раны, большая глубина раневого канала.
3	3,4	Для резаной раны характерно наличие ровных краев и острых концов. При сведении краев раны она приобретает щелевидную форму, края полностью совпадают на всем протяжении. Длина раны преобладает над шириной и глубиной.
4	1,2	Для резаной раны характерно наличие ровных краев и острых концов. При сведении краев раны она приобретает щелевидную форму, края полностью совпадают на всем протяжении. Длина раны преобладает над шириной и глубиной. Рана глубже в начальной трети, а в конце может переходить в поверхностную царапину. Профиль сечения резаной раны клиновидный – он сужается в глубину.
5	4	Резаные раны могут иметь прямолинейную, дугообразную, зигзагообразную формы. Для резаной раны характерно наличие ровных краев и острых концов. При сведении краев раны они полностью совпадают на всем протяжении без образования дефекта мягких тканей. Длина раны преобладает над шириной и глубиной. Рана глубже в начальной трети, а в конце может переходить в поверхностную царапину. Профиль сечения резаной раны клиновидный – он сужается в глубину. При перемещении режущего предмета по одному месту несколько раз, на концах раны будет несколько надрезов.
6	1,3,4	При действии режущего предмета в области волосистой части головы волосы пересекаются в начальной и средней части раны. В концевой части раны волосы, как правило, не повреждаются.
7	1	Если режущий предмет перемещался по одному и тому же месту несколько раз, то на концах раны будет несколько насечек, соответствующих числу травмирующих воздействий.
8	2	Колотые раны образуются от воздействия предмета, обладающего острым концом, но без острого края (например, гвоздь, шило и т.д.).
9	1,2	Колотые и колото-резанные раны сопровождаются

		обильным внутренним кровотечением в связи с повреждением внутренних органов и крупных кровеносных сосудов. При этом вследствие небольших размеров раны на коже и смещением мягких тканей по ходу раневого канала наружное кровотечение может быть и небольшим.
10	3	При погружении колющего предмета с многогранным сечением рана на коже имеет звездчатую форму из-за надрывов кожи соответственно углам граней.
11	1,2	Рану, причиненную предметом, обладающим колющими свойствами, следует дифференцировать с колото-резаной раной и входной огнестрельной раной.
12	1	При извлечении клинка ножа из раны с давлением на обушок, образуется дополнительный разрез, отходящий под острым углом по отношению к длиннику раны.
13	3	При извлечении клинка ножа из раны с преимущественным давлением на лезвие длина раны значительно увеличивается и становится криволинейной.
14	1,3,4	При определении приблизительной длины клинка, которым была нанесена колото-резаная рана, измеряют глубину раны в поврежденном органе, к данному размеру прибавляют толщину кожного покрова, мышц, расстояние между поврежденным органом и стенкой грудной клетки или живота (в зависимости от локализации повреждения), при повреждении одежды прибавляют ее толщину.
15	1,2	При исследовании кожного лоскута от трупа с колото-резанной раной эксперт может установить толщину обушка клинка, ширину клинка.
16	4	Глубина раневого канала у раны, образовавшейся от действия колюще-режущего предмета, может соответствовать длине клинка ножа, быть больше или меньше, чем длина клинка ножа.
17	2,3,4	Рана, образовавшаяся от срезающих воздействий стригущего орудия (предмета), имеет веретеновидную форму с острыми углами и ровными краями, которые имеют скос от края к центру. При сопоставлении краев повреждения определяется дефект мягких тканей. Раны обычно носят поверхностный характер.
18	4	Края ран, причиненных пилой, осаднены, имеют бахромчатый вид с короткими параллельными надрезами или царапинами эпидермиса. Данные повреждения образуются от действия полотна и зубьев пилы.
19	1,2	Признаки, характеризующие рубленую рану, причинен-

		ную рубящим предметом с тупым лезвием: ушибленные неровные, осадненные края и концы. В глубине раны - растрескивание плоских костей, формируются многооскольчатые переломы. Полосы обтирания образуются за счет наличия ржавчины или наложений на рубящем предмете (орудии).
20	1,3,4	Рубленая рана, причиненная рубящим предметом с острым лезвием, имеет ровные края и острые концы. Полосы обтирания образуются за счет наличия ржавчины или наложений на рубящем предмете (орудии).
21	2,3	Форма кожных ран зависит от условий воздействия рубящего предмета: при перпендикулярном погружении топора раны продолговатые, зияющие; при ударе «носком» или «пяткой» топора – угловатой формы. При нанесении раны под острым углом к поверхности кожи образуется лоскутная рана.
22	1,3,4	От удара тупым твердым предметом образуются ушибленные раны, которые имеют неровные местами осадненные края, бугристые стенки, при разведении краев на дне раны определяются соединительнотканые перемышки.
23	1,2,3	От удара тупым твердым предметом образуются ушибленные раны шелевидной, звездчатой формы, которые имеют неровные, местами осадненные края, бугристые стенки. При разведении краев на дне раны определяются соединительно-тканые перемышки. На стенках раны обнаруживают вывороченные луковицы волос.
24	4	Все указанные факторы оказывают влияние на сроки заживления ушибленных ран.
25	2,3,4	В зоне сжатия кости нередко траектория перелома раздваивается, образуя треугольный отломок (в профиль), поверхность излома крупнозубчатая, края перелома неровные, плохо сопоставимые.
26	2	В зоне разрыва края перелома относительно ровные, чаще хорошо сопоставимы, поверхность перелома зернистая.
27	1,2	Винтообразные переломы возникают как при ротации тела вокруг фиксированной конечности, так и при ротации конечности относительно фиксированного тела.
28	2	Воздействие значительной травмирующей силы вдоль оси кости вызывает образование вколоченных переломов.
29	1	Для дырчатых переломов характерно соответствие раз-

		меров дефекта кости форме и размерам ударяющей (травмирующей) поверхности.
30	1,3	При формировании террасовидного перелома происходит вклинение ребра грани контактной части тупого твердого предмета в кость, затем продолжается давление и скольжение самой грани по костной ткани.
31	2	При ударе тупым предметом в затылочную область возникает перелом чешуи затылочной кости, который распространяется в направлении удара, вовлекая в процесс деформации кости не только свода, но и основания черепа.
32	4	При ударе по нижней челюсти тупым твердым предметом в направлении спереди и снизу могут образовываться перелом тела нижней челюсти, перелом ветвей нижней челюсти, выкрашивание зубной эмали.
33	2	Наиболее часто при травме от тупых твердых предметов повреждаются 4-7 ребра как наименее защищенные.
34	1	Переломы ребер, возникающие в месте травмирующего воздействия тупого твердого предмета, называются прямыми (разгибательными), или локальными.
35	3	Переломы ребер, возникающие не в месте травмирующего воздействия (на удалении) тупого твердого предмета, называются непрямыми, или конструкционными.
36	2	Для конструкционных переломов ребер является типичным наличие множественных переломов, расположенных по одной или нескольким анатомическим линиям.
37	2	Распространение ударной волны по паренхиматозному органу вызывает зигзагообразные растрескивания его капсулы и разрывы паренхимы, которые направлены по отношению к распространению ударной волны поперечно.
38	1,3	При резкой компрессии грудной клетки воздух из легких не успевает эвакуироваться через дыхательные пути, он разрывает легочную ткань и оказывается под легочной плеврой, образуется так называемая буллезная эмфизема.
39	1	Для кровоподтека характерно пропитывание кровью мягких тканей вследствие разрыва сосудов кожи и мягких тканей при механическом воздействии на них без нарушения кожного покрова.
40	1,2	При визуальном исследовании кровоподтека на теле человека медицинский судебный эксперт может сделать вывод о возможных размерах и форме травмирующего предмета.

41	2	Гематомой называется скопление крови в мягких тканях с образованием полости, содержащей свернувшуюся или жидкую кровь.
42	1,2	По показателям процесса формирования корочки при заживлении ссадины можно устанавливать давность ее образования. По направлению чешуек слущенного эпидермиса возможно определение направления воздействия травмирующей силы.
43	2	Эксперт может высказаться о давности образования ссадины по состоянию поврежденной поверхности кожи.
44	1,3	Прижизненные ссадины эксперту необходимо отличать от электрометки и от образовавшихся посмертно пергаментных пятен.
45	1,2,3,4	На сроки заживления ссадин оказывает влияние локализация и глубина повреждения, наличие признаков инфицированности, а также возраст пострадавшего.
46	2,3	Ссадины могут образовываться от ударов тупым твердым предметом под углом менее 90 градусов к поверхности тела, а также в результате трения.

РАЗДЕЛ 6

№	Ответ	Объяснение
1	2	Полоса обтирания – осаднение надкожицы по краям полосы давления. Она образуется при трении боковой поверхности колеса о кожу в момент его перекатывания через тело. На ней нарушенный слой эпидермиса в виде мелких лоскутов заворачивается в сторону, противоположную вращению колеса, что в ряде случаев позволяет решить вопрос о положении тела на рельсах.
2	3	Полосы давления и обтирания возникают при перекатывании через тело колес рельсового транспорта и являются характерными для этого вида травмы.
3	2	Вследствие перекатывания колес рельсового транспортного средства через тело могут произойти отделения, расчленения частей тела.
4	1,2	При первичном ударе автомобиля в область задней поверхности тела человека голова резко запрокидывается назад, что приводит к чрезмерному разгибанию в шейном отделе позвоночника. При первичном ударе в область передней поверхности тела, соответственно, происходит чрезмерное сгибание в шейном отделе позвоночника.
5	3,4	При переезде колесом через грудную клетку характерными являются переломы остистых отростков позвонков, повреждения внутренних органов, в том числе и возникновение буллезной эмфиземы легких в результате резкого сдавления грудной клетки колесом.
6	3,4	Во многих случаях при перекатывании колесом автомобиля через тело повреждения грудной клетки несимметричны - на стороне въезда колеса их больше, чем на противоположной стороне. При перекатывании колеса по спине, кроме переломов ребер, образуются переломы остистых отростков грудных и поясничных позвонков, отломки которых направлены в сторону движения транспорта.
7	1,2	В момент лобового столкновения водитель выталкивается вперед и вверх и ударяется грудью о рулевое колесо, в результате чего на передней поверхности груди выявляются ссадины и кровоподтеки дугообразной формы, поперечный перелом грудины.
8	3	В момент лобового столкновения водитель выталкивается вперед и вверх и ударяется грудью о рулевое колесо, в результате чего могут возникать повреждения сердца и разрывы дуги аорты.

9	1,3	При наезде автомобиля на человека в результате скольжения обуви по покрытию дороги формируются характерные следы на ее подошвенной поверхности. В результате общего сотрясения тела формируются надрывы и кровоизлияния в «подвешивающем аппарате» внутренних органов (корни легких, ворота почек, селезенки и т.д.)
10	1,3	При переезде через тело вращающееся колесо «затягивает» под себя одежду и кожные покровы. При этом образуются повреждения одежды, на коже возникают полосчатые осаднения и поперечные кровоподтеки; происходит отслойка кожи с образованием обширных «карманов», заполненных излившейся кровью.
11	2,4	Повреждения у водителя при лобовом столкновении возникают вследствие удара тела о выступающие части интерьера машины передней частью грудной клетки, нижними конечностями, что вызывает образование полулунных или кольцевидных ссадин и кровоподтеков на передней поверхности грудной клетки (от удара о рулевое колесо); переломов надколенника, бедренной кости, вертлужной впадины от удара нижними конечностями о приборную панель, рулевую колонку.
12	1,2	Полоса давления – отпечаток давящей поверхности обода колеса на коже. Такого же характера полоса образуется и от головки рельса с противоположной стороны.
13	2	При перекатывании через тело колес рельсового транспорта по краю расчленения на поверхности, подвергшейся действию колеса, на коже образуются характерные крупнозубчатые углообразные лоскутки, обращенные вершинами в сторону направления движения колеса.
14	3	Большие суда имеют массивные металлические лопасти с довольно острыми ребрами. Вращаясь с большой скоростью, они засасывают человека под судно и причиняют раны, которые имеют параллельное расположение и ориентированы к продольной оси туловища под острым углом.
15	2	Малые суда (моторные лодки, небольшие катера) имеют винты малых размеров, которые наносят обширные равно-ушибленные раны мягких тканей. Эти повреждения имеют одинаковую направленность и размеры.
16	1,2	Наличие в крови от трупa карбоксигемоглобина в концентрации выше 20%, гистологическое исследование следов ожогов позволяют установить прижизненность

		попадания летчика в атмосферу пожара.
17	1,2,3	На кистях и стопах могут возникать характерные повреждения от действия деталей самолета; на подошве обуви и перчатках можно установить рисунок рельефа той детали, на которую опиралась рука либо нога.
18	1,3	При столкновении движущегося автомобиля с пешеходом повреждения в первой фазе образуются в результате удара частями автомобиля, сопровождающегося сотрясением тела.
19	1,2,4	При названном виде автотравмы на разных фазах травмирования повреждения образуются от удара частями автомобиля, падения и удара о дорожное покрытие, скольжения тела по дорожному покрытию.
20	1,3,4	При столкновении грузового автомобиля с пешеходом удар приходится выше центра тяжести человека, в связи с чем тело падает на покрытие дороги с последующим скольжением по нему. Таким образом, повреждения возникают от удара частями автомобиля, о части автомобиля, а также о покрытие дороги и от трения.
21	1,2,3,4	При дорожно-транспортных происшествиях на одежде могут обнаруживаться все из перечисленных элементов.
22	1,2	При перекатывании колеса через грудную клетку в результате вращения и скольжения движущегося колеса возникает отслойка кожи с образованием обширных «карманов», заполненных излившейся кровью, а от сдавления грудной клетки образуются множественные двусторонние переломы ребер.
23	3	От удара бампером автомобиля образуется оскольчатый перелом. Отломок имеет треугольную форму, широким основанием направлен к месту приложения травмирующей силы (см. механизм образования переломов длинных трубчатых костей).
24	2,4	«Бампер-перелом» образуется в месте контакта бампера автомобиля с конечностью. По уровню его расположения можно приблизительно судить о высоте бампера автомобиля, а по расположению на кости признаков растяжения и сжатия – о конкретном месте контакта и о том, какой частью тела был обращен пострадавший к автомобилю в момент наезда.
25	1,2	При лобовом столкновении тело пассажира переднего сидения по инерции движется вперед, что может приводить к удару передней частью шеи о панель приборов с образованием переломов хрящей гортани; колото-

		резаные и резаные раны лица образуются от действия осколков стекла.
26	1	«Бампер-перелом» - оскольчатый перелом берцовой либо бедренной костей, возникающий от удара бампером автомобиля при наезде на пешехода
27	4	При перекачивании колеса через заднюю поверхность туловища характерно образование переломов и отрывов остистых отростков позвонков, отломки которых направлены в сторону движения автомобиля.
28	1	Характерным признаком падения со значительной высоты является несоответствие внешних и внутренних повреждений. Наблюдается преобладание внутренних повреждений над наружными.
29	2	«Хлыстообразный» перелом шейного отдела позвоночника образуется в результате резкого запрокидывания головы, что возможно при наезде автомобиля на пешехода.
30	3	«Хлыстообразный» перелом шейного отдела позвоночника образуется в результате резкого запрокидывания головы, что может происходить как при наезде автомобиля на пешехода, так и при травме водителя внутри салона автомобиля при лобовом столкновении.
31	4	При транспортной травме буллезная эмфизема может возникать при переезде через тело колесом автомобиля в результате резкого сдавления, разрыва альвеол и перемещения воздуха в зоны, не подвергшиеся непосредственному давлению.
32	2	Под термином «первичный шипок» понимают полосчатые осаднения и поперечные кровоподтеки, надрывы эпидермиса вследствие перерастяжения кожи, которые возникают от затягивания кожного покрова вращающимся колесом и при переезде через тело.
33	2	При транспортной травме буллезная эмфизема может возникать при переезде через тело колесом автомобиля.
34	1	Перечисленные повреждения являются признаками общего сотрясения тела и возникают при таких видах травмы как падение со значительной высоты, столкновение движущегося автомобиля с пешеходом, выпадение из движущегося автомобиля и т.п.
35	3	Перечисленные повреждения являются признаками общего сотрясения тела и возникают при таких видах травмы как падение со значительной высоты, столкновение движущегося автомобиля с пешеходом, выпадение из

		движущегося автомобиля и т.п.
36	3,4	Отпечатки рисунка протектора являются специфическим признаком переезда через тело колесами автомобиля и позволяют решить ряд важных экспертных вопросов: наличие и вид автомобильной травмы, положение тела в момент переезда, тип и марку автомобиля, совершившего переезд.
37	3	Полосовидные ссадины и кровоподтеки, располагающиеся перпендикулярно линии переезда, образуются от действия грунтозацепов гусеницы трактора при перекатывании ее через тело.
38	1	Указанные повреждения являются наиболее постоянными признаками мотоциклетной травмы водителя при столкновении мотоцикла с неподвижным предметом или с движущимся транспортом. Они возникают у водителя в момент удара и скольжения этих частей тела о бензоба и руль мотоцикла.
39	2,3	Названные повреждения могут возникать как у водителя автомобиля, так и у водителя мотоцикла при лобовом столкновении в результате удара и трения о руль.
40	4	Описанные повреждения кожи специфичны для переезда гусеничного трактора, т.к. они отображают форму траков гусениц. Невысокая скорость движения трактора и большая масса обуславливают обширные грубые разрушения костей скелета и внутренних органов.
41	1	Отпечаток протектора колеса на коже является специфическим признаком переезда колеса автомобиля через тело.
42	3	Отслойка кожи с образованием обширных «карманов», заполненных излившейся кровью, образуются в результате вращения и скольжения движущегося колеса и являются характерным признаком переезда через тело.
43	2	В ультрафиолетовом свете смазочные материалы дают характерную для них флуоресценцию.
44	2	Характерными для переезда колесом автомобиля являются кольцевидные отслоения кожи от подкожной ткани и мышц в области нижних конечностей с образованием массивных полостей, заполненных кровью. Эти повреждения образуются вследствие сдавления и растягивания вращающимся колесом кожи и мягких тканей.
45	1,2	Названная травма образуется в результате резкого запрокидывания головы, что характерно как для травмы от столкновения движущегося автомобиля с пешеходом, так

		и для травмы водителя при лобовом столкновении автомобилей.
46	4	Указанный характер повреждений характерен для удара о грунт при выпадении из движущегося автомобиля. Наружные повреждения незначительны, поверхностны, располагаются обычно только на стороне соударения, в то время как повреждения внутренних органов множественные и обширные.
47	2	При переезде колесами через голову происходит грубая деформация костей черепа и разрушение вещества головного мозга. За счет вращения колеса и затягивания кожи образуются надрывы и разрывы кожи в области ушной раковины.
48	2	При столкновении автомобиля с пешеходом удар с боковым направлением ведет к повреждениям одной стороны с захватом области большого вертела бедренной кости или гребня подвздошной кости.

РАЗДЕЛ 7

№	Ответы	Объяснение
1	1,3	В судебной медицине огнестрельными повреждениями называют такие механические повреждения, которые причиняются выстрелами из огнестрельного оружия. Огнестрельными также считаются повреждения, возникающие при взрыве взрывных устройств (граната, снаряд и т.п.) и взрывчатых веществ.
2	1	При сгорании 1 г бездымного пороха образуется около 900 см ³ газообразных продуктов, при сгорании 1 г дымного пороха – около 300 см ³ газообразных продуктов.
3	3	Выстрелом с близкой дистанции является выстрел в пределах действия сопутствующих компонентов (предпулевой воздух, газы, копоть выстрела, зерна пороха и частицы металла).
4	3	Входная рана характеризуется наличием дефекта ткани («минус-ткань»), форма ее зависит от того, какой частью пуля образует рану.
5	4	Погружаясь в тело, пуля в области входной раны срывает прилегающий к ней слой эпидермиса, образуя поясок осаднения. При этом все наложения на пуле (смазка, копоть) стираются и накладываются на поясок осаднения, формируя поясок обтирания.
6	2,4	На выходе пуля выпячивает кожу, разрывает ее вследствие перерастяжения и, выходя из раны, скользит своим корпусом по дерме. В связи с этим выходная рана имеет обычно щелевидную форму, края раны обычно вывернуты наружу, при их смыкании феномен «минус-ткань» отсутствует.
7	1,3	При выстреле с плотным упором кожа разрушается предпулевым воздухом, снаряд влетает в уже образовавшуюся рану. Вслед за снарядом в рану врываются газы выстрела. Продукты выстрела (копоть, несгоревшие порошинки и др.) оседают на стенках раневого канала. Газы выстрела выпячивают и расслаивают кожу, подкожную клетчатку и мышцы. Кожа и подкожная жировая ткань разрываются, как правило, крестообразно.
8	2	На расстоянии 3-5 см предпулевой воздух, обладающей массой и значительной скоростью, развивает кинетическую энергию 3-4 Дж. На расстоянии 3-5 см эта энергия сосредоточивается на относительно небольшом участке вокруг входной раны и может приводить к образованию повреждений в виде ушиба и осаднений коль-

		цевидной формы.
9	2,3	Гидродинамическое действие пули имеет место в тех случаях, когда пуля, обладающая большой кинетической энергией, повреждает полый орган, содержащий жидкость или орган богатый жидкостью (желудок, мочевого пузырь, сердце, головной мозг и др.). У такого органа при наличии небольшой входной раны образуются массивные разрушения и обширная рваная рана в области выхода из него пули.
10	4	При выстрелах с расстояния более 50-100 см и до 2-5 м имеет место относительно сплошное, или относительно компактное действие дробы (картечи). Образуется большая входная рана с фестончатыми краями, а вблизи и вокруг нее мелкие единичные отверстия от отделившихся в стороны дробинок. Чем больше дистанция выстрела, тем больше число этих отверстий и больше радиус их распространения.
11	3	На выходе пуля выпячивает кожу и, выходя из раны, скользит своим корпусом по коже. В связи с этим пояс обтирания не возникает.
12	4	Выстрелом с близкой дистанции является выстрел в пределах сопутствующих компонентов (предпулевой воздух, газы, копоть, зерна пороха и др.)
13	2	Повреждая плоскую кость, пуля формирует в ней отверстие в виде усеченного конуса, у которого по месту входа пули отверстие имеет размеры, близкие к диаметру пули.
14	1	«Штанц-марка» – негативный отпечаток дульного среза оружия, образуется при выстреле в упор.
15	1	При скорости полета выше 230 м/с пуля своим головным концом и оживальной частью раздробляет преграду на площадке, несколько меньшей поперечного сечения пули. Возникает дефект ткани, который и является одним из признаков входной огнестрельной раны.
16	4	Повреждая плоскую кость (череп, лопатка), пуля формирует в ней отверстие в виде усеченного конуса, у которого по месту входа пули отверстие имеет размеры близкие к диаметру пули, а на стороне выхода воронкообразное разрушение несколько больших размеров диаметра пули.
17	4	Пуля, образовав головной частью рану, продолжает погружаться в тело, растягивая образовавшееся отверстие и вворачивая края раны внутрь. Кожа плотно облепает

		поверхность пули, которая срывает прилегающий к ней слой эпидермиса, образуя поясок осаднения.
18	1	При выстреле с плотным упором дополнительные факторы выстрела оседают в раневом канале.
19	2,4	Копоть является одним из дополнительных факторов выстрела. Она может быть обнаружена как при выстреле с близкой дистанции, так и при выстреле с неплотным упором.
20	4	При выстреле в упор, если дульный срез оружия плотно прижат к коже, продукты выстрела оседают в раневом канале, за счет действия пороховых газов образуется отслойка кожи и разрывы краев входной раны.
21	1	См. ответ №15.
22	2	Опаление пушковых волос происходит за счет термического действия пороховых газов, т.е. при выстреле с близкой дистанции.
23	2,3	При попадании ранившего снаряда в тело заряженные энергией частицы тканей, прилегающие к раневому каналу, приходят в движение и смещаются по ходу и в стороны от траектории ранившего снаряда. В результате этого вслед за ранищим снарядом в среде образуется временная полость, которая продолжает увеличиваться, а затем, постепенно пульсируя, через несколько миллисекунд убывает, оставляя после себя постоянный раневой канал. Одновременно с существованием временной пульсирующей полости в тканях, окружающих раневой канал, наблюдается волнообразное изменение давления (сжатие и разряжение). Повреждение тканей за пределами собственно раневого канала обусловлено воздействием временной пульсирующей полости, которое проявляется в сжатии и растяжении тканей, и возникающими перепадами давления, при этом более травматичным считается отрицательное давление.
24	3,4	Степень выраженности контузионного синдрома в основном зависит от скорости ранившего снаряда в момент ранения. При скорости снаряда до 350 м/с повреждаются только те ткани, которые располагаются по ходу ранившего снаряда и контактирующие с ним. Контузионный синдром в этих случаях не выражен, рана напоминает колотую, она не тяжелая. Контузионный синдром проявляется, когда ранищий снаряд достигает высокой скорости — 500 м/с и более.
25	1	Повреждающее действие пороховых газов особенно

		четко определяется при холостом выстреле в упор. Входная огнестрельная рана при таких выстрелах образуется с большим дефектом кожи и разрывом мягких тканей, раневой канал может достигнуть глубины 10–12 см.
26	1,2,3,4	Газовое оружие самообороны — это ствольное и нествольное оружие, предназначенное для временного поражения живой цели токсическими веществами, разрешенными к использованию.
27	1	Взрыв — это импульсное выделение энергии в результате физических и химических превращений вещества.
28	1	При взрыве взрывчатого вещества образующиеся газы мгновенно расширяются и создают мощное давление на окружающую среду, способное вызывать разрушения.
29	1,2,4	Повреждающими факторами взрыва являются: ударная волна взрывных газов; осколки снаряда; вторичные снаряды (осколки).

РАЗДЕЛ 8

№	Ответы	Объяснение
1	2,3,4	По темпу развития гипоксию подразделяют на острую, подострую, хроническую.
2	2,4	Механическая асфиксия от сдавления включает в себя странгуляционную и компрессионную асфиксии.
3	1,2,4	В асфиктическом периоде механической асфиксии выделяют следующие стадии: инспираторной одышки, экспираторной одышки, кратковременной остановки дыхания, терминальных дыхательных движений и стойкой остановки дыхания.
4	2	Во время механической асфиксии судороги появляются в стадии экспираторной одышки.
5	2	В стадии экспираторной одышки асфиксического периода происходит непроизвольное выделение мочи, кала, спермы.
6	1,2,4	К наружным признакам, характерным для смерти от механической асфиксии, относятся обильные разлитые интенсивно окрашенные трупные пятна, цианоз кожи лица и шеи, непроизвольное мочеиспускание и дефекация, выделение спермы, мелкоточечные кровоизлияния в соединительную оболочку глаз.
7	1,4	К внутренним признакам, характерным для смерти от механической асфиксии, относится наличие темной жидкой крови в сердце и крупных сосудах, полнокровие внутренних органов, переполнение кровью правой половины сердца, субплевральные и субэпикардальные кровоизлияния (пятна Тардье).
8	1	«Атипичным» положением петли является такое, когда узел петли располагается на передней поверхности шеи.
9	4	При типичном положении узла петли корень языка прижимается к задней стенке глотки и закрывает просвет гортани. При этом прекращается поступление воздуха в легкие.
10	4	При боковом положении узла петли корень языка оттесняется в сторону, противоположную местоположению узла, и закрывает просвет гортани. При этом прекращается поступление воздуха в легкие.
11	3,4	Характерным свойством странгуляционной борозды при повешении является неравномерность ее глубины. Она более глубокая на стороне противоположной узлу, чаще располагается в верхней части шеи и имеет косовосходящее направление. Верхний край борозды обычно бы-

		ваеt подрытым, нижний – скошенным. Странгуляционная борозда чаще бывает незамкнутой на стороне узла петли, но если петля плотно охватывала шею, то борозда будет замкнутой.
12	2,3,4	Горизонтальное направление, замкнутый характер, относительная равномерность глубины странгуляционной борозды характерны для удушения петлей.
13	1,2	Мелкие кровоизлияния на дне борозды, кровоизлияния в толще мышц языка свидетельствуют о прижизненности возникновения странгуляционной борозды.
14	1,2	Ведущее значение в причине наступления смерти имеет асфиксия, обусловленная механическим препятствием для поступления воздуха в легкие. При этом существенную роль в генезе смерти играет сдавление сосудисто-нервных пучков шеи, приводящее к нарушению гемодинамики мозга и внутренних органов, а также сдавление рефлексогенных зон шеи, которое может привести к рефлекторной остановке сердца до окончания асфиксии.
15	1,2,3,4	При удушении петлей могут наблюдаться следующие морфологические признаки: переломы хрящей гортани и подъязычной кости, кровоизлияния в мягкие ткани шеи, а также так цианоз кожи лица.
16	3,4	Специфическими признаками, указывающими на удушение руками, являются округлые и овальные кровоподтеки (от пальцев рук) на коже переднебоковых поверхностей шеи, линейные и полукруглые ссадины (от краев ногтевых пластин) на коже переднебоковых поверхностей шеи.
17	1,3,4	При смерти от удушения руками при исследовании трупа могут быть обнаружены переломы хрящей гортани и подъязычной кости, обширные кровоизлияния в мягкие ткани шеи.
18	3,4	Специфическими признаками, указывающими на компрессионную асфиксию, являются экхимотическая маска, карминовый отек легких.
19	1,2,3,4	К обтурационной асфиксии относится: асфиксия от закрытия отверстий носа и рта, закрытие дыхательных путей инородным телом, закрытие дыхательных путей сыпучими телами, закрытие дыхательных путей пищевыми массами.
20	4	О прижизненном попадании пищевых масс в дыхательные пути свидетельствует обнаружение пищевых масс в

		мелких бронхах, альвеолах, т.е. глубокая аспирация.
21	1,2,3,4	Закрытие дыхательных путей пищевыми массами или кровью может происходить при всех указанных случаях.
22	3,4	Механизм наступления смерти при аспирации инородного тела может быть двояким. С развитием типичной асфиксии либо вследствие резкого раздражения верхнего гортанного нерва, спазма голосовых связок и рефлекторной остановки сердца.
23	4	Утопление относится к obturационной асфиксии, при этом происходит погружение всего тела в жидкость, вода заполняет дыхательные пути и альвеолы.
24	1,2,3	Выделяют следующие типы утопления, отличающиеся по танатогенезу и морфологическим проявлениям: аспирационное, рефлекторное, спастическое.
25	3	При наружном исследовании трупа при аспирационном («истинном») утоплении можно выявить стойкую мелкопузырчатую пену у отверстий рта и носа, в просвете верхних дыхательных путей. Пена образуется в результате смешивания воды, проникшей в трахею и бронхи, с воздухом и слизью при дыхательных движениях.
26	1	При внутреннем исследовании трупа при аспирационном (истинном) утоплении можно выявить признаки острой эмфиземы легких.
27	2,3,4	При аспирационном («истинном») утоплении наблюдается: наличие жидкости (среды утопления) в пазухе клиновидной кости, транссудат в плевральных и брюшной полостях, полнокровие внутренних органов.
28	3	В основе лабораторной диагностики утопления лежит обнаружение планктона в печени, почках, костном мозге.
29	2,4	Для исследования на планктон из указанных биологических объектов необходимо направлять печень, костный мозг.
30	3	Смерть при спастическом утоплении наступает в результате гипоксии развившейся от рефлекторного спазма гортани вследствие раздражения ее рецепторов водой.
31	4	Смерть человека при рефлекторном (синкопальном) утоплении наступает от первичной остановки сердечной деятельности и дыхания.
32	1,2	Для утопления в пресной воде характерно значительное разрушение сурфактанта легких и гемолиз эритроцитов.
33	3	Для утопления в соленой воде характерно сгущение

		крови и сморщивание эритроцитов.
34	3,4	К признакам пребывания трупа в воде следует отнести только мацерацию кожи и посмертное облысение.
35	3	Обычно на 5-6 сутки пребывания трупа в воде наблюдается выраженная мацерация кожи стоп.

РАЗДЕЛ 9

№	Ответы	Объяснение
1	1	Наибольшая опасность для жизни возникает при воздействии переменного тока частотой 40-60 Гц.
2	2,3,4	Наиболее часто смертельные исходы наблюдаются при действии тока напряжением от 100 до 1500 В.
3	3,4	Ток силой свыше 0,08 – 0,1 А является опасным для жизни, а силой выше 0,1 – 0,5 А – смертельным.
4	1,2,3	Все перечисленные факторы, за исключением пола человека, оказывают свое влияние на действие электрического тока при воздействии на организм.
5	1,2,3	Наиболее характерные изменения возникают на коже в местах входа и выхода тока: электрометки, электрические ожоги, «фигуры молнии». Могут наблюдаться отеки, некрозы, импрегнация металла.
6	1,2	Электрометка – знак тока в виде пятна круглой или овальной формы, серовато-белого цвета, плотной консистенции, с валикообразным возвышением, западением в центре, без воспалительных экссудативных явлений в окружающих тканях.
7	2,3	Микроскопическая картина электрометки весьма характерна: в роговом и блестящем слоях эпидермиса видны многочисленные пустоты, расположенные группами и поодиночке. Роговой и блестящий слои эпидермиса полностью отделены от зернистого слоя, нередко подобные же пустоты имеются в зернистом и шиповидном слоях эпидермиса. Ядра клеток базального и частично шиповатого и зернистого слоев вытянуты перпендикулярно к поверхности кожи и образуют щеткообразные или метелкообразные фигуры. Сосуды дермы расширены и заполнены гемолизированной кровью.
8	3	Микроскопическая картина при гистологическом исследовании электрометки является наиболее информативной.
9	2	На коже при поражении атмосферным электричеством (молнией) возникают повреждения в виде ожогов, опаления волос, а также древовидно-разветвленных фигур красного или розового цвета – так называемых «фигур молнии» (вследствие резкого расширения поверхностных сосудов кожи и небольших кровоизлияний по их ходу).
10	2	Вследствие значительной разницы между внешним давлением и давлением в тканях и полостях организма воз-

		никает баротравма, характеризующаяся повреждением слухового аппарата и дыхательной системы (гиперемия, кровоизлияние в барабанную перепонку, разрыв легочной ткани, кровотечение).
11	1,3	У трупов лиц, погибших в результате значительного понижения барометрического давления, помимо признаков гипоксии выявляются декомпрессионные повреждения аналогичные тем, которые возникают при перепадах давления от высокого к нормальному: газовая эмболия, подкожная эмфизема и т. д.
12	4	При резком переходе от повышенного давления к нормальному из-за создающегося при этом перенасыщении организма инертными газами возникают декомпрессионные нарушения. Газы, растворенные в биологических жидкостях организма, выделяются прямо в тканях и в крови и образуют свободные газовые пузырьки – эмболы.
13	3	Наличие газа в сонных артериях трупа может быть выявлено с помощью рентгенологического метода исследования.
14	4	Обжим водолаза – специфическая травма, возникающая при уменьшении объема воздуха в водолазной рубаше с одновременным понижением давления под шлемом по сравнению с давлением окружающей среды. При наружном осмотре трупа видно резкое увеличение объема головы и шеи, синюшность и одутловатость лица. На лице, чаще у углов рта обнаруживаются разрывы кожи...
15	3	Под действием холода нарушается регуляция трофической функции вегетативной нервной системы, в частности солнечного сплетения. Это приводит к вазомоторным расстройствам в ЖКТ, повышенной проницаемости стенок сосудов слизистой оболочки желудка с последующим диapedезом эритроцитов. Под воздействием соляной кислоты желудочного сока эритроциты разрушаются, образуется солянокислый гематин, кровоизлияния приобретают буроватую окраску, размер их от точечных до 0,5 см в диаметре.
16	4	Быстрому охлаждению организма способствуют: снижение общей сопротивляемости организма при острых и хронических заболеваниях, малокровие, травмы, переутомление, эмоциональное потрясение. Особое значение имеет влияние алкоголя, т.к. при опьянении усиливается

		теплоотдача.
17	1,3	В условиях смерти при отрицательной температуре на открытых участках тела отмечается синюшность, припухлость (признаки ознобления). У отверстий рта и носа выявляются сосульки, а на ресницах иней. Нередко встречается гусиная кожа. Трупные пятна имеют розовый оттенок за счет перенасыщения крови кислородом. У мужчин определяется втянутость яичек в паховые каналы.
18	1	Перенасыщение крови кислородом при наступлении смерти от охлаждения обуславливает красноватый цвет кожного покрова и розоватый оттенок трупных пятен.
19	1,3,4	Непосредственной причиной смерти при снижении температуры тела до 22-24 °С могут явиться остановка дыхания, иногда сосудистый коллапс или фибрилляция желудочков сердца.
20	2,3,4	При смерти от длительного действия на тело отрицательной температуры на трупе могут быть обнаружены сосульки у отверстий рта и носа, на незащищенных одеждой участках тела признаки так называемого ознобления; у трупов мужчин резкое сокращение мошонки с подтянутыми в паховый канал яичками.
21	3	Температура тела у живого человека, как правило, не может быть ниже 26 градусов. Смерть человека обычно наступает при снижении температуры тела до 22-24 градусов.
22	2	Обморожение 1-й степени характеризуется багровой окраской кожи и отеком.
23	3	Обморожение 2-й степени характеризуется образованием пузырей с кровянисто-серозным содержимым, гиперемией и отеком тканей вокруг. Пузыри появляются на 1-й или 2-й день.
24	1	Обморожение 3-й степени характеризуется образованием некроза мягких тканей, кожа становится мертвенно-белая или синюшная, иногда образуются пузыри с геморрагическим содержимым.
25	2	Обморожение 4-й степени характеризуется образованием некроза костей и отторжения омертвевших частей тела (пальцы, кисти, стопы).
26	2	Под действием холода нарушается регуляция трофической функции вегетативной нервной системы, что приводит к вазомоторным расстройствам в ЖКТ, повышенной проницаемости стенок сосудов слизистой оболочки

		желудка с последующим диapedезом эритроцитов. Под воздействием соляной кислоты желудочного сока эритроциты разрушаются, образуется солянокислый гематин, придающий пятнам Вишневского бурю окраску.
27	3,4	При смерти от действия низкой температуры при осмотре трупа на месте его обнаружения будут наблюдаться: поза «зябнувшего человека», подтаивание снега под трупом с образованием льда, признаки «ознобления» на открытых участках тела, образование сосулек у отверстия рта и носа, «гусиная» кожа, красноватый цвет кожного покрова и розоватый оттенок трупных пятен.
28	2,3,4	При смерти от общего охлаждения тела исследованием трупа можно выявить отек мягкой мозговой оболочки, наличие в крови розовых свертков фибрина, алый цвет крови в легочных сосудах и более светлая ее окраска в левой половине сердца, переполнение мочевого пузыря мочой
29	3	При обгорании трупа происходят испарение влаги и свертывание белка. Мышцы уплотняются и укорачиваются – наступает их «тепловое ооченение». Так как сгибатели развиты сильнее разгибателей, труп принимает своеобразную позу - «позу боксера».
30	1,2	О прижизненном пребывании человека в очаге пожара свидетельствуют наличие наложений копоти в трахее, главных бронхах, пазухе клиновидной кости, высокая концентрация карбоксигемоглобина в крови (60% и более) вследствие вдыхания дыма, содержащего окись углерода, и копоть.
31	1,2	Ожоговая травма вызывает значительное изменение свертываемости крови. На трупе будут обнаруживаться артериальные тромбы в сосудах поврежденных областей, краевое расположение и миграция лейкоцитов.
32	1	Причина смерти при термических ожогах в поздние сроки ожоговой болезни - острая почечная недостаточность, различные инфекции (пневмонии, септикопемии).
33	3	Причиной смерти при термическом ожоге в ранние сроки обычно является ожоговый шок.
34	2,3	Для ожогов, образовавшихся от действия горячих жидкостей, характерны следы от потеков горячей жидкости. Волосы при этом не повреждаются.
35	1,3	При действии пламени на ожоговых поверхностях сохраняются следы копоти, определяется опаление волос.

36	2	При посмертном проникновении оксида углерода в поверхностные сосуды кожи содержание в них карбоксигемоглобина не превышает 20%.
37	1,3,4	Ожоговая болезнь включает в себя следующие периоды: ожоговый шок, токсемия, септикотоксемия, выздоровление.

РАЗДЕЛ 10

№	Ответы	Объяснение
1	4	В зависимости от продолжительности течения отравления подразделяют на острые, подострые и хронические.
2	1,3,4	В развитии отравления имеют значение следующие факторы: физико-химические свойства ядов, общее количество яда (доза), концентрация, скорость и пути поступления яда в организм, характер его биотрансформации и темп введения, общее состояние организма и его индивидуальная чувствительность к яду, ряд факторов внешней среды и др.
3	2	Иногда в процессе биотрансформации яда образуются метаболиты, более токсичные, нежели исходные вещества, которые получили название «ядов летального синтеза»
4	1,4	Иногда в процессе биотрансформации в организме таких веществ как метиловый спирт, этиленгликоль, анилин и др. образуются метаболиты, более токсичные, нежели исходные вещества, которые получили название «ядов летального синтеза».
5	3	Химические ожоги могут причинять едкие яды.
6	1,2,4	К едким ядам относятся кислоты, щелочи, фенол, перекись водорода, перманганат натрия, формальдегид, спиртовой раствор йода.
7	2	Кислоты в водных растворах являются донорами ионов водорода, при взаимодействии с тканями происходит дегидратация и свертывание белка с образованием кислых альбуминов, формируется коагуляционный некроз (струп).
8	3	Для отравления щавелевой кислотой типично поражение почек вследствие закупорки канальцев кристаллами оксалата кальция и некристаллическими комплексными соединениями кальция.
9	1	Серная кислота – окислитель, обладает сильным дегидратирующим действием, приводящим к обугливанию органических веществ. Струп имеет угольно-черную окраску.
10	3	При отравлении плавиковой (фтороводородной) кислотой при исследовании трупа специфичным является поражение зубной эмали с образованием мелких дефектов и тускло-желтоватое ее окрашивание.
11	2,3,4	При отравлении едкими кислотами струпы имеют тем-

		но-коричневую окраску или буро-черную окраску за счет образующегося кислого гематина, метгемоглобина и гематопорфирина. При отравлении щелочами струп через некоторое время становится буровато-коричневого цвета за счет образующегося щелочного гематина.
12	3	Уксусная кислота, поступая в кровь, вызывает ацидоз, разрушение и агглютинацию эритроцитов, тромбообразование. Массивный гемолиз приводит к развитию гемоглинурийного (пигментного) нефроза и острой почечной недостаточности.
13	1	Щелочи являются донорами гидроксильных ионов. Токсическое действие на ткани обусловлено омылением жиров и гидролизом белков с образованием легко растворимых щелочных альбуминатов. Подвергшиеся воздействию щелочи ткани размягчаются, набухают до образования колликвационного некроза.
14	3	При отравлении едкими щелочами мягкие струпы имеют вначале белесовато-серую окраску, а затем буровато-коричневую за счет образующегося щелочного гематина.
15	2,4	Из всех перечисленных ядов, только сулема и каломель относятся к деструктивным ядам, остальные – к едким.
16	4	При смерти потерпевшего от отравления соединениями ртути обнаруживаются признаки стоматита и гингивита, в толстой кишке, особенно в восходящем ее отделе, - проявления язвенно-некротического колита. В почках проявления нефрозо-нефрита («сулемовая почка»).
17	1,3	При остром отравлении мышьяком выделяют 2-е формы: желудочно-кишечную, которая развивается при пероральном поступлении яда в организм, и паралитическую, которая встречается реже, в основном при приеме больших доз яда или парентеральном его попадании в организм.
18	2	Смерть при отравлении мышьяком наступает от паралича дыхательного и сосудодвигательного центров, при желудочно-кишечной форме отравления обычно в течение 1-2 дней после приема яда, при паралитической форме — чаще в течение первых часов (не позже одних суток).
19	3	При отравлении метгемоглобинообразующими ядами (хлорат калия, анилин, нитрит натрия) секционная картина довольно специфична: трупные пятна, кровь, мя-

		кие ткани и внутренние органы имеют серовато-коричневую окраску.
20	3	Токсическое действие нитритов на организм обусловлено образованием стойкого соединения метгемоглобина. При этом нарушается транспортная функция кислорода к тканям с развитием острого кислородного голодания.
21	2	Анилин — гемоглобинотропный метгемоглинообразующий яд. Токсическое действие данной группы ядов сводится к образованию стойкого соединения — метгемоглобина, что приводит к развитию кислородного голодания.
22	1	При отравлении оксидом углерода секционная картина довольно специфична: характерны розоватый цвет кожного покрова, ярко-красная окраска трупных пятен, крови, мягких тканей и внутренних органов.
23	2	Смерть пострадавшего наступает от паралича дыхательного центра. В ряде случаев наступление смерти возможно и через 1–3 недели вследствие сосудистых расстройств и кровоизлияний в подкорковые узлы больших полушарий головного мозга, продолговатый мозг, миокард.
24	2,3	В качестве предварительных проб для установления наличия карбоксигемоглобина в крови используют спектроскопическую пробу и пробу Либмана (при добавлении к крови, содержащей карбоксигемоглобин, раствор формальдегида, цвет ее не меняется.)
25	3	При вскрытии трупа наличие карбоксигемоглобинемии устанавливают проведением предварительной пробы Гоппе-Зейлера: при добавлении к крови, содержащей карбоксигемоглобин, 33% раствора гидроксида натрия или калия цвет ее не меняется.
26	3	При невозможности забора крови для последующего направления для судебно-химического исследования на определение карбоксигемоглобина эксперт должен произвести забор 50–100 г. скелетных мышц для обнаружения карбоксимиоглобина.
27	4	Признаки интоксикации СО проявляются, если содержание карбоксигемоглобина в крови составляет более 30%; если оно превышает 60%, как правило, наступает смерть пострадавшего.
28	1	Токсическое действие СО на организм обусловлено образованием крайне стойкого соединения карбоксигемоглобина. Нарушается перенос кислорода к тканям с

		развитием острого кислородного голодания.
29	1	Токсическое действие цианидов на организм обусловлено стабилизацией цитохромоксидазы в стойком трехвалентном состоянии железа, что приводит к снижению утилизации клетками кислорода из крови на 80%, в результате чего развивается глубокая гипоксия тканей.
30	3	Смерть пострадавшего при отравлении цианидами обусловлена токсическим действием цианидов на организм, которое проявляется стабилизацией цитохромоксидазы в стойком трехвалентном состоянии железа, что приводит к снижению утилизации клетками кислорода из крови, развивается глубокая гипоксия тканей с параличом дыхательного и сосудодвигательного центра.
31	2	Антидотами при отравлении цианистыми соединениями служат метгемоглобинообразующие вещества, так как метгемоглобин обладает высоким сродством к синильной кислоте. Он нейтрализует как свободные цианиды, так и отнимает их у цитохромов, восстанавливая тканевое дыхание.
32	3	Цианиды (синильная кислота и ее соли) относятся к ядам, вызывающим функциональные расстройства. Отравления проявляются расстройством окислительных процессов и быстрым наступлением смерти вследствие развивающейся при этом гипоксии.
33	3	При отравлении цианидами выявляются морфологические признаки остро наступившей смерти в сочетании с синюшно-красной окраской трупных пятен. Из полостей трупа ощущается запах горького миндаля.
34	3	Окрашивание слизистой оболочки желудка в красноватый цвет при отравлении большими дозами цианидов обусловлено посмертным образованием циангематина.
35	4	При проведении судебно-медицинской экспертизы трупа диагностика отравлений основывается на клинических данных, данных судебно-медицинского исследования трупа, данных судебно-химического исследования.
36	2	Сероводород — бесцветный газ, тяжелее воздуха, образующийся при гниении органических остатков и разложении горных пород, содержащих серу. При отравлении главным образом поступает ингаляционно и частично через поврежденные кожу и слизистые оболочки.
37	4	При вскрытии трупов лиц, умерших от отравления сероводородом, выявляют морфологические признаки остро наступившей смерти в сочетании с вишнево-красной

		окраской крови и мягких тканей, запахом тухлых яиц от вскрытых органов и полостей.
38	3	Механизм токсического действия снотворных веществ заключается в глубоком угнетении центральной нервной системы человека и развитии гемодинамических нарушений.
39	1	При отравлении снотворными веществами смерть обычно наступает в течение первых 2-х суток от асфиксии из-за паралича дыхательного центра или отека легких.
40	1,3	Морфологические признаки отравления снотворными веществами весьма скудны — обнаруживают признаки остро наступившей смерти в сочетании с дистрофическими изменениями внутренних органов. Диагностика отравлений в основном основывается на анализе обстоятельств происшествия и результатах судебно-химического исследования.
41	1,2,4	В практике встречаются отравления наркотическими средствами алкалоидной группы (опиатами, кокаином) и гашишем. К опиатам относят опий (высушенный сок снотворного мака), содержащий в числе других, морфин, кодеин и их синтетические аналоги – героин, папаверин и др. Анилин является гемоглобинотропным ядом.
42	2	Попав в кровь, непосредственное токсическое воздействие наркотические вещества опиаты оказывают на дыхательный центр. Смерть в таких случаях наступает на фоне комы от паралича дыхательного центра.
43	4	При вскрытии трупов лиц, умерших от отравления наркотическими веществами наблюдаются морфологические признаки остро наступившей смерти, цианоз кожи и слизистых оболочек, переполнение мочевого пузыря мочой.
44	1	При вскрытии трупа лица, умершего от отравления стрихнином обнаруживаются признаки остро наступившей смерти и резко выраженное мышечное окоченение.
45	1,2	Смерть при отравлении атропином обычно наступает в течение суток от остановки сердца или паралича дыхательного центра.
46	2,3,4	Смертельная доза этилового спирта при пероральном его введении для взрослого человека составляет 6-8 мл/кг и выше.

47	3	Этиловый спирт в организме человека под действием ферментов окисляется последовательно до ацетальдегида, уксусной кислоты, воды и углекислого газа.
48	2	При легкой степени алкогольного опьянения концентрация этилового алкоголя в крови составляет 0,5–1,5‰.
49	2	При средней степени алкогольного опьянения концентрация этилового алкоголя в крови составляет 1,5–2,5‰.
50	3	При сильной степени алкогольного опьянения концентрация этилового алкоголя в крови составляет 2,5–3,0‰.
51	4	Тяжелому отравлению алкоголем в крови у живых лиц соответствует концентрация более 3,0‰.
52	1	При легкой степени алкогольного опьянения наблюдается нарушение координации мелких движений.
53	3	При сильной степени алкогольного опьянения наблюдается снижение болевой чувствительности вплоть до полной аналгезии.
54	1	Морфологические изменения при отравлении этиловым спиртом не являются специфичными. Однако некоторые признаки можно рассматривать в качестве косвенных для подтверждения такого отравления, например, синеватая окраска трупных пятен, одутловатость и синюшность кожи лица, отечность век, экзофтальм, инъекция сосудов конъюнктив.
55	2,3,4	Морфологические изменения при отравлении этиловым спиртом не являются специфичными. Тем не менее, в качестве косвенных признаков такой смерти могут являться переполнение мочевого пузыря, отек вещества головного мозга, полнокровие внутренних органов.
56	3	Продукты биотрансформации метанола (формальдегид, муравьиная кислота) являются более токсичными, чем сам метанол. Они вызывают тканевую гипоксию, к которой наиболее чувствительны сетчатка и зрительный нерв.
57	2,3	В организме человека метиловый спирт превращается в формальдегид и муравьиную кислоту.
58	3,4	Продукты биотрансформации этиленгликоля (гликолевый альдегид, щавелевая кислота и др.) являются более токсичными, чем сам метанол. Образующийся оксалат кальция обуславливает нефротоксическое и гепатотоксическое действие данного спирта, смерть наступает от мозговой комы и печеночно-почечной недостаточности.
59	2	В организме человека этиленгликоль превращается в гликолевый альдегид, глиоксаловую, гликолевую, а за-

		тем в щавелевую кислоту.
60	2	Сладковатый фруктовый запах может ощущаться от вскрытых полостей и органов трупа при отравлении тетраэтилсвинцом.
61	1	Запах сушеных грибов может ощущаться от вскрытых полостей и органов трупа при отравлении дихлорэтаном.
62	1,3,4	Кумулятивными свойствами обладают хлорорганические, ртутьорганические вещества, мышьяк. Например, хлорорганические яды могут накапливаться в жировой ткани, мышьяк — в коже, волосах, ногтях, печени.
63	2	Фосфорорганические соединения могут практически необратимо угнетать активность холинэстеразы в холинэргических синапсах, нарушается гидролиз ацетилхолина, что приводит к нарушению передачи нервных импульсов.
64	3	При остром пероральном отравлении медьсодержащими ядохимикатами (медный купорос, бордоская жидкость и т.д.) рвотные массы могут окрашиваться в зеленоватый или сине-зеленоватый цвет.
65	4	Пищевые отравления характеризуются сравнительно коротким инкубационным периодом, одновременным поражением группы людей, которые употребляли одни и те же продукты, достаточно быстрым прекращением вспышки заболевания.
66	2,3	Отравление строчками и бледной поганкой вызывает развитие гемолиза эритроцитов и желтушного окрашивания кожных покровов. Данные проявления у строчков вызывает гельвелевая кислота, а у бледной поганки амниогемолитин.
67	3	Отравление строчками, которые содержат гельвелевую кислоту, сопровождается выраженным гемолитическим и гепатотропным действием.
68	1	Для отравления мухомором, характерно наличие бреда и галлюцинаций, слюно- и слезотечения, коликообразных болей в животе, водянистого стула. Данные клинические симптомы появляются после короткого инкубационного периода.

РАЗДЕЛ 11

№	Ответы	Объяснение
1	1,2,3	Согласно «Правил судебно-медицинской экспертизы характера и тяжести телесных повреждений в Республике Беларусь» в «Заключении эксперта» должны быть отражены: характер повреждений, их локализация и свойства, вид орудия или средства, которыми они могли быть причинены, механизм возникновения повреждений, давность их причинения и степень тяжести повреждения.
2	1,3	Согласно «Правил...» (п. 8) под потерей слуха следует понимать полную глухоту или такое необратимое состояние, когда пострадавший не слышит разговорной речи на расстоянии 3-5 см от ушной раковины.
3	2,4	Согласно «Правил...» (п. 7) под потерей зрения следует понимать полную стойкую слепоту на оба глаза или такое состояние, когда имеется понижение зрения до счета пальцев на расстоянии 2 метров и менее (острота зрения 0,04 и ниже).
4	4	Причинение боли не является критерием степени тяжести телесного повреждения. Действия, связанные с многократным или длительным причинением боли (щипание, сечение и др.), называются истязанием.
5	2	Согласно «Правил...» (п. 16) стойкая утрата общей трудоспособности от 10 до 33% понимается как значительная стойкая утрата трудоспособности и является критерием менее тяжелого телесного повреждения.
6	3	Согласно «Правил...» (п. 20) стойкая утрата общей трудоспособности менее 10%, трактуется как незначительная стойкая утрата трудоспособности и квалифицируется как легкое телесное повреждение, повлекшее незначительную стойкую утрату трудоспособности.
7	1	Согласно «Правил...» (п. 5) опасность для жизни является критерием тяжелого телесного повреждения.
8	2	Согласно «Правил...» (п. 19) расстройство здоровья более 6 дней, но не свыше 3-х недель (21 дня) трактуется кратковременным и является критерием легкого телесного повреждения, повлекшего за собой кратковременное расстройство здоровья.
9	2	Согласно «Правил...» (п. 15) расстройство здоровья

		свыше 21 дня трактуется длительным расстройством здоровья и квалифицируется менее тяжким телесным повреждением.
10	1	Согласно «Правил...» (п. 12) прерывание беременности, независимо от срока, является тяжким телесным повреждением, если оно стоит в прямой причинной связи с повреждением.
11	4	Согласно «Правил...» (п. 11) стойкая утрата общей трудоспособности не менее чем на одну треть (свыше 33%) является критерием тяжелого телесного повреждения.
12	1,4	Согласно «Правил...» (п. 20) стойкая утрата общей трудоспособности менее 10%, трактуется как незначительная стойкая утрата трудоспособности и квалифицируется как легкое телесное повреждение, повлекшее незначительную стойкую утрату трудоспособности.
13	1,4	Судебно-медицинская экспертиза может быть назначена постановлением следователя, прокурора, дознавателя, определением суда.
14	1	Любая судебно-медицинская экспертиза оформляется в виде заключения эксперта.
15	1,2	Согласно «Правил...» (гл. 1, п. 5) признаками тяжелого телесного повреждения являются: - опасность для жизни; - расстройство здоровья, соединенное со стойкой утратой трудоспособности не менее чем на одну треть ...
16	2,3	Согласно «Правил...» (гл. 2, п. 14) признаками менее тяжелого телесного повреждения являются: длительное расстройство здоровья (более 21 дня и не более 122 дней) для повреждения костей скелета; - значительная стойкая утрата трудоспособности менее чем на одну треть (от 10 до 33%).
17	4	Согласно «Правил...» (п. 21) к легкому телесному повреждению, не повлекшему за собой кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты трудоспособности, относится повреждение, имевшее незначительные скоро преходящие последствия, длившиеся не более шести дней.
18	2	Согласно «Правил...» (п. 15) длительным считается расстройство здоровья продолжительностью свыше 3-х недель и не более 4-х месяцев (или 122 дней) для повреждений костей скелета.

19	2	Согласно «Правил...» (п. 19) кратковременным следует считать расстройство здоровья, непосредственно связанное с повреждением, продолжительностью более шести дней, но не свыше 3-х недель (21 дня).
20	4	Согласно «Правил...» (п. 6) предотвращение смертельного исхода, обусловленное оказанием медицинской помощи, не должно приниматься во внимание при оценке опасности для жизни таких повреждений.
21	1,4	Согласно «Правил ...» (п. 5) к признакам тяжкого телесного повреждения относят потерю зрения, слуха, прерывание беременности При этом под потерей зрения понимают полную стойкую слепоту на оба глаза или такое состояние, когда зрение снижено до счета пальцев на расстоянии 2 м и менее (острота зрения 0,04 и ниже); под потерей слуха – полную глухоту (на оба уха), или когда потерпевший не слышит разговорной речи на расстоянии 3–5 см от ушной раковины.
22	1	Для установления степени тяжести телесного повреждения достаточно одного из квалифицирующих признаков, определенных УК РБ и «Правилами...». В случаях установления по объективным медицинским данным, что телесное повреждение было опасным для жизни, эксперт определяет степень тяжести, не ожидая исхода повреждения. Закрытые повреждения грудных, поясничных, крестцовых сегментов спинного мозга, сопровождающиеся тяжелым спинальным шоком или нарушением функции тазовых органов, являются опасными для жизни.
23	2,3	Из перечисленных пунктов в компетенцию судебно-медицинского эксперта входит установление вида предмета, причинившего повреждение; установление последствий повреждения. Установление обезображивания и факта изнасилования производят органы расследования и суд.
24	1,2,4	Согласно «Правил ...» (п. 13) изгладимым повреждение следует понимать такое, когда с течением времени или под влиянием нехирургических средств наступает значительное уменьшение выраженности его патологических изменений.
25	3	Решение вопроса об изгладимости повреждения входит в компетенцию судебно-медицинского эксперта, п. 13 «Правил ...».

26	2	Исход повреждения учитывается у неопасных для жизни повреждений, т.к. опасность для жизни независимо от исхода повреждения является сама по себе критерием тяжкого телесного повреждения
27	1,2,3	Эксперту следует воздержаться от определения степени тяжести телесных повреждений при неясности клинической картины или недостаточного клинического и лабораторного исследования человека; в случае его отказа от дополнительного обследования или неявки его на повторный осмотр; при отсутствии медицинских документов, результатов дополнительных исследований, без которых невозможно определить характер и степень тяжести повреждений п. 43 «Правил ...».
28	2	Согласно «Правил ...» (п. 32) недопустимо составление т.н. предварительных выводов, содержащих предположительное суждение о степени тяжести телесных повреждений.
29	1,3	Хлор и сахарная пудра вызывают раздражение верхних дыхательных путей и некоторые симптомы хронического бронхита.
30	4	Края девственной плевы обычно зарубцовываются к 12–20 дню.
31	4	После полового сношения сперматозоиды сохраняются во влагалище в течение 3–5 суток.
32	1,2	При наличии низкой, растяжимой девственной плевы после половых сношений целостность ее может сохраняться.
33	1,3	У пассивного партнера в области заднего прохода можно обнаружить гиперемии, ссадины, разрывы, воронкообразное углубление, зияние заднего прохода, сглаженность складчатости лучеобразных складок прямой кишки.
34	1,4	Признаками недавно бывших родов являются набухание молочных желез, пигментация сосков и околососковых кружков, выделение молозива или молока; разрывы промежности, зияние половой щели; увеличенная матка с последующей инволюцией; лохии из половых органов. Признаками давних родов являются рубцы беременности, митровидные сосочки на месте девственной плевы, щелевидный зев матки и сглаженность слизистой оболочки влагалища, наличие рубцов от надрывов и разрывов в области маточного

		зева.
35	2	Потеря зрения на один глаз влечет за собой стойкую утрату трудоспособности свыше одной трети и по этому признаку относится к тяжким телесным повреждениям (п. 7) «Правил ...».
36	1,2	Неизгладимость повреждения — понятие медицинское, поэтому решение этого вопроса входит в компетенцию судебно-медицинского эксперта, либо комиссии экспертов.
37	3	В соответствии с УПК и «Правилами...», если необходимые документы эксперту не представлены, он заявляет лицу или органу, назначившему экспертизу, ходатайство о представлении соответствующих материалов.
38	3,4	Если продолжительность заболевания, указываемая в медицинских документах, не отвечает характеру причиненного телесного повреждения и не подтверждается объективными данными, эксперт отмечает в своих выводах это обстоятельство и устанавливает степень его тяжести исходя из имеющихся данных (п. 28) «Правил ...».
39	1,3	Согласно «Правил ...» (п. 31) при экспертизе телесных повреждений в «Заключении эксперта» должны быть отражены: 1. характер повреждений с медицинской точки зрения (ссадина, кровоподтек, рана, перелом кости и т.п.), их локализация и свойства; 2. вид орудия или средств, которыми могли быть причинены повреждения; 3. механизм возникновения повреждений; 4. давность (срок) причинения повреждения; 5. Степень тяжести телесных повреждений с указанием квалифицирующего признака.
40	1,3	Согласно «Правил ...» (п. 33) в случаях установления по объективным медицинским данным, что телесное повреждение было опасным для жизни или когда последствия и исход неопасного для жизни повреждения не вызывают сомнений, государственный судебно-медицинский эксперт определяет степень тяжести телесного повреждения, не ожидая его исхода.

41	2,3	Согласно «Правил ...» (п. 34) государственному судебно-медицинскому эксперту следует воздержаться от определения степени тяжести телесных повреждений в случаях: 1) неясности клинической картины или недостаточного клинического и лабораторного обследования человека; 2) отказа человека от дополнительного обследования или неявки его на повторный осмотр, если это лишает эксперта возможности правильно оценить характер повреждения, его клиническое течение и исход; 3) отсутствия медицинских документов, в том числе результатов дополнительных исследований, без которых не представляется возможным судить о характере и степени телесных повреждений.
42	2,3	

РАЗДЕЛ 12

Вопрос	Ответ	Объяснение
1	1,2,3,4	К вещественным доказательствам, подлежащим судебно-медицинскому исследованию, относятся такие объекты как кровь, сперма, волосы, пот, слюна, моча, выделения из носа, а также различные ткани и органы.
2	1,2,4	Экспертизы вещественных доказательств в соответствии с УПК РБ производятся на основании постановления прокурора, следователя или лица, производящего дознание, и по определению суда.
3	3	Экспертизы вещественных доказательств производятся врачом – государственным судебно-медицинским экспертом, получившим первичную подготовку в области исследования вещественных доказательств и совершенствующим свои знания на циклах усовершенствования и специальных тематических семинарах.
4	1,2,3,4	Государственный судебно-медицинский эксперт судебно-биологической лаборатории может быть привлечен в качестве специалиста к участию в осмотре и изъятию вещественных доказательств и образцов, в пределах своей компетенции, может участвовать во всех стадиях следственного и судебного процесса.
5	1,2,3	Облегчает поиск следов крови применение предварительных проб на кровь: проба с 3% раствором перекиси водорода, освещение объектов ультрафиолетовыми лучами; реакция с люминолом.
6	1,3,4	При экспертизе следов крови в первую очередь решаются основные задачи, такие как: установление кровяного происхождения следа; определение видовой принадлежности крови и решение вопроса о принадлежности крови конкретному лицу.
7	1,2,4	В зависимости от характера происшествия судебно-медицинской экспертизой следов крови могут решаться такие вопросы как: мужской или женской кровью образован след; кровью взрослого человека или ребенка он образован; каково региональное происхождение крови; давность образования следов крови.
8	1,2	В настоящее время наличие крови на вещественных доказательствах устанавливается микроспектральным и хроматографическим методами.
9	1,2,4	Для определения видовой специфичности белков крови (и различных белковых субстанций других выделений) применяют иммунологические методы: реакцию

		преципитации (Чистовича-Уленгута) в пробирках с вытяжкой из пятна крови и иммунной сывороткой, а также реакцию преципитации в агаровом геле. Определение видовой принадлежности крови возможно и методом иммунофлюоресценции, основанным на люминесценции антител, меченных различными флюорохромами.
10	1,2,3	Основными методами определения группы крови в пятнах по системе АВО являются: количественный метод реакции абсорбции агглютининов (в следах значительных размеров) и серологические реакции абсорбции-элюции и смешанной агглютинации (в следах малого размера).
11	1,2,3,4	В настоящее время успешно выявляются группы в следующих эритроцитарных системах: АВО, МNSs, Р, Льюис (Le), резус.
12	1,2,3	Эритроцитарная система крови Льюис (Le) информативна в идентификационном плане. Она обладает четырьмя группами и другими особенностями. Одной из особенностей системы Льюис (Le) является связь ее с генетической системой выделительства. Лица (взрослые) с группой Le(v+) и Le (d+) являются выделителями антигенов системы АВО (H); во всех тканях и выделениях такого человека содержится групповой антиген системы АВО (H), а с группами Le (a) и Le (c) — невыделителями, у них в тканях и выделениях такие антигены отсутствуют или выражены очень слабо. Второй особенностью системы Льюис является то, что антигены в эритроцитах крови лиц с данной системой дифференцируются к 6-7 годам их жизни. В крови плодов, новорожденных и детей первых дней жизни нередко содержатся антигены Le (a), Le (v), что используется для дифференцирования крови взрослого человека и новорожденного.
13	2,3,4	Сывороточные системы — белки, которые входят в состав сыворотки или плазмы крови. Они обладают генетически обусловленным групповым полиморфизмом и широко используются в судебно-медицинских экспертизах по вопросам спорного отцовства, при определении групповой принадлежности следов крови. Система Gm также может быть использована для установления категории выделительства.
14	1,2,3	В настоящее время известен полиморфизм эритроци-

		тарных и сывороточных ферментных систем. В каждой ферментной системе определяются их группы. Полиморфизм эритроцитарных ферментов (например, фосфоглюкомутазы) позволяет использовать их в экспертизах по вопросам спорного отцовства. Щелочная фосфатаза сыворотки крови находится в связи с категориями выделительства. Так, лица с фосфомутазной группой «Pr2» всегда являются выделителями групповых антигенов АВО.
15	1,2	Метод половой дифференциации крови основан на выявлении полового хроматина в лейкоцитах. С этой целью изучаются лейкоциты крови. Хромосомный набор женщины характеризуется наличием 2-х половых хромосом «XX», мужчин — хромосомами «XY». Кроме того, при люминесцентном исследовании мазков крови, в ядрах лейкоцитов мужской крови можно наблюдать специфическое свечение (люминесценцию), характерное для хромосом «Y».
16	1,2,3	Установление наличия беременности основано на выявлении в пятнах крови специфического гормона хорионгонадотропина. Он присутствует в крови и моче беременных женщин. У беременных в крови определяется фермент — лейцинаминопептидаза, появляющийся на 8-10 день беременности. Установление беременности и бывших родов возможно путем определения в крови специфического фермента окситоциназы.
17	1,2,3,4	Ребенок наследует групповые свойства крови родителей и у него не может появиться то свойство, которое отсутствует у родителей. По теории наследования ребенок получает по одному групповому свойству от отца и от матери. Если у родителей имеются оба свойства, то ребенку передается одно из них. На этом основано установление происхождения ребенка от конкретных родителей. В настоящее время возможно лишь исключить отцовство. Установление отцовства по групповым факторам крови практически не возможно. Закономерности наследования генов эритроцитарных, сывороточных и ферментных систем одинаковы. Все приведенные в задаче 17 примеры исключения отцовства подтверждают вышесказанное. Аналогичным путем может быть произведена экспертиза определения спорного материнства и при замене де-

		тей.
18	1,2,3	У волос человека клетки кутикулы прилегают плотно друг к другу, поэтому наружный край волос ровный. Корковый слой широкий, зерна пигмента в нем расположены ближе к периферии, сердцевина — узкая, мелкозернистая, иногда прерывается, а в тонких волосах вообще отсутствует.
19	1,2,3	Волосы животных характеризуются черепицеобразным расположением клеток кутикулы с образованием зубчатости оптического края волоса. Корковый слой узкий, сердцевина — широкая, составляет основную массу волоса.
20	1,3,4	На основании данных изучения проверяемых волос и волос, представленных в качестве образцов, путем сравнительного их исследования, а также определения групповой принадлежности волос по системе АВО, а при наличии у них луковицы — и по определению групповых изоферментов ряда ферментных систем эксперт может прийти к выводу, что по ряду признаков волосы — вещественные доказательства и волосы-образец имеют сходство или наоборот, различаются. Эксперт может говорить только о сходстве, а не о тождестве волос.
21	1,3,4	Основным доказательным методом установления наличия спермы является морфологический, основанный на микроскопическом обнаружении сперматозоидов в исследуемом объекте. В настоящее время доказано, что гомогенаты половозрелых яичек и сперма человека при электрофоретическом разделении выявляют дополнительную изоферментную фракцию лактатдегидрогеназы, названную ЛДГ-Х, типичную для сперматозоидов и обнаруживаемую в сперме. Методом высокочувствительного разделительного электрофореза установлено наличие в сперме специфического только для нее белка, названного протеином-30. Он предложен для использования в экспертных исследованиях.
22	1,2,3	О возможности происхождения слюны в пятне от определенного лица судят по групповым антигенам системы АВО. Определяют их теми же методами, что и при исследовании крови. При этом обязательно учитывается степень выделительства.

23	3	Установление наличия слюны на вещественных доказательствах основывается на выявлении амилазы (птиалина), которая содержится в слюне в значительных количествах. Амилаза устойчива к воздействию внешних факторов и может обнаруживаться даже при вымачивании или застирке пятен.
24	2	Для установления наличия пота в пятне проводят исследование на выявление аминокислоты серина, в поте она содержится в значительных количествах.
25	1,2,3	Установление наличия секрета влагалища в пятнах производят по комплексу признаков, таких как: морфологические особенности влагалищных клеток, высокое содержание гликогена в цитоплазме и наличие Х — хроматина в ядре, позволяющих диагностировать клетки влагалищного эпителия. Влагалищное содержимое определяется и по пептидазному изоферменту и ферменту ЛДГ. Из пяти фракций изоферментов лактадегидрогеназы (ЛДГ) пятая и четвертая фракции свидетельствуют о происхождении выделений из половых путей женщин.
26	1,2,4	В повреждениях, возникших от действия тупых предметов, могут отражаться признаки видового, группового и индивидуального назначения.
27	1,2	В кровоподтеках, дырчатых и вдавленных переломах костей отображаются только признаки группового значения.
28	4	Доказать индивидуальную принадлежность травмирующего тупого предмета возможно только комплексным исследованием с суммированием трасологических данных и экспертизы наложений.
29	1,2,3,4	Следы-повреждения от действия острых предметов позволяют установить групповую принадлежность, некоторые общие признаки внешнего вида предмета, его род и конкретный экземпляр, которым повреждения причинены.
30	1	В следственной практике возникает необходимость установления личности живого человека в тех случаях, когда потерпевший или подозреваемый отказывается сообщить свое имя, фамилию.
31	1,2,3	Необходимость установления личности возникает и при обнаружении трупа неизвестного лица, расчлененного и скелетированного трупа.
32	1,2	Личность неизвестного человека может отождеств-

		ляться по внешним признакам, по данным медицинских документов.
33	1,4	Личность неизвестного человека также может отождествляться методом дактилоскопии папиллярных узоров, путем исследования костных останков, по рентгенограммам, фотоснимкам, данным медицинских документов.
34	1,2,3,4	Все названные в задаче методы могут использоваться для идентификации личности неизвестного человека. Наиболее надежным является отождествление личности методом идентификации человека по ДНК. Индивидуальность строения определенных участков (локусов) молекулы ДНК является носителем наследственной информации о конкретном человеке.
35	1,2,3	Методом геномной дактилоскопии возможно установить: наступление беременности от конкретного лица, происхождение ребенка от конкретных мужчины и женщины, половую принадлежность частей тела.
36	1,2,4	Метод геномной дактилоскопии позволяет определить индивидуальное происхождение крови, спермы, вырванных волос, кусочков органов и тканей, установить одному или разным трупам принадлежат разрозненные части, является ли конкретный мужчина отцом конкретного ребенка.
37	1,3,4	Если у следствия имеется предположение, что найденные костные останки могут являться костями скелета исчезнувшего конкретного человека, то в таких случаях эксперт производит сравнение признаков, выявленных на обнаруженных костях, с признаками исчезнувшего без вести человека по данным его медицинских документов, фотоснимков, рентгенограмм, решая вопрос о тождестве сравниваемых объектов.

РАЗДЕЛ 13

№	Ответы	Объяснение
1	4	В Республике Беларусь закон «О здравоохранении» (11 января 2002 г, № 91-3) является основным документом, определяющим профессиональную деятельность медицинских работников.
2	1,2,3	Профессиональная деятельность врача в Республике Беларусь регламентирована законом «О здравоохранении», ведомственными приказами, инструкциями, правилами и методическими указаниями, а также моральными принципами и нормами, изложенными в клятве врача и провизора, утвержденной Президиумом Верховного Совета Республики Беларусь;
3	3	Проступок — это малозначительное деяние, которое не причинило и по своему содержанию и направленности не могло причинить существенного вреда охраняемым уголовным законом интересам. Он может повлечь применение мер административного или дисциплинарного взыскания.
4	1,2	Медицинские работники могут быть привлечены к ответственности, если при выполнении (или невыполнении) ими своих профессиональных или профессионально-должностных обязанностей возникнут общественно опасные последствия, т.е. будет причинен существенный вред здоровью или смерти пациента.
5	1,2,3	Уважительными причинами не оказания медицинской помощи больному могут быть болезнь самого медицинского работника, оказание медработником в то же время помощи другому нуждающемуся в ней человеку, непреодолимая сила.
6	1,2,3	Медицинский работник (врач) может быть привлечен к уголовной ответственности за такие последствия своих действий (бездействий) при оказании медицинской помощи больному, если эти действия были неосторожными и выполнены либо легкомысленно, либо небрежно. К числу таких действий относятся и оставление инородных предметов в полостях тела при операциях, неправильное применение лекарственных средств, оставление тяжело больных без должного наблюдения.
7	1,2,3,4	В Законе РБ «О Здравоохранении» (ст. 61) сказано, что медицинские и фармацевтические работники обязаны оказывать первую помощь в пределах своих возможностей нуждающимся в ней лицам вне организации здраво-

		охранения. Таким образом, первую медицинскую помощь в пределах своих возможностей медицинские работники должны оказывать не только в поликлиниках и больницах, но так же следуя в поезде, автобусе.
8	2,3,4	Ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинским работником выражается в форме неосторожности, которая признается как общественно опасное деяние, совершенное по легкомыслию или небрежности. Ответственность за ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинскими работниками наступает только в тех случаях, если они повлекли причинение пациенту по неосторожности тяжкое или менее тяжкое телесное повреждение, или его смерть, либо заражение ВИЧ-инфекцией.
9	1,2,3	Врачебную тайну составляет информация о факте обращения гражданина за медицинской помощью, о состоянии его здоровья, диагнозе заболевания, результатах диагностических исследований и лечения, а так же сведения личного характера, полученные при обследовании, лечении, и результаты патологоанатомического вскрытия, если наступила смерть больного. Данные сведения медицинские и фармацевтические работники не имеют права разглашать без служебной необходимости
10	1,2,3	К преступлениям медицинских работников против свободы, чести, достоинства и личной безопасности граждан относится: помещение в психиатрическую больницу заведомо психически здорового лица либо незаконное удержание такого лица в психиатрической больнице и те же деяния, повлекшие по неосторожности тяжкие последствия. Незаконным является и получение согласия на помещение пациента в психиатрическую больницу обманным путем.
11	1,2,3	Преступлениями против здоровья населения являются: хищение наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, а также незаконный оборот наркотических средств, психотропных веществ, прекурсоров и незаконный оборот сильнодействующих или ядовитых веществ.
12	2,3,4	Меры противодействия незаконному обороту наркотических средств и психотропных веществ, и распространению наркомании предусмотрены Уголовным Кодексом,

		Конвенцией о борьбе с незаконным оборотом наркотических средств и психотропных веществ, 1988 г., Законом Республики Беларусь от 22 мая 2002 г. № 102-3 «О наркотических средствах, психотропных веществах и их прекурсорах».
13	1,2,4	Медицинская и фармацевтическая деятельность в РБ подлежит лицензированию. Под незаконным врачеванием (ст. 335 УК) понимается занятие врачеванием или фармацевтической деятельностью как профессией лицом, не имеющим надлежащего медицинского образования или без надлежащего разрешения. Для привлечения к уголовной ответственности достаточно установления одного факта занятия незаконным врачеванием, если он повлек причинение менее тяжкого, или тяжкого телесного повреждения или смерть человека при наличии причинной связи между незаконным врачеванием и наступившими неблагоприятными последствиями, таким образом, понятия изложенные в 1, 2, 4 пунктах задачи характеризуют незаконное врачевание.
14	1,2,3,4	Все лица, перечисленные в 1, 2, 3, 4 пунктах задачи, относятся к должностным.
15	2,3,4	Преступлениями медицинских работников (должностных лиц) являются: злоупотребление властью или служебными полномочиями, бездействие должностного лица, превышение власти или служебных полномочий, служебный подлог, служебная халатность, получение взятки.
16	1,3,4	Служебный подлог — внесение должностным или иным уполномоченным лицом заведомо ложных сведений и записей в официальные документы, либо составление и выдача заведомо ложных документов, совершенные из корыстной или иной личной заинтересованности при отсутствии признаков более тяжкого преступления. Такими могут являться подделка записей в истории болезни, листке о временной нетрудоспособности, в операционном журнале, в документах инвалидности, свидетельствах о рождении и смерти, в амбулаторной карте и др.
17	1,3	Служебная халатность предполагает неисполнение или ненадлежащее исполнение должностным лицом своих служебных обязанностей вследствие недобросовестного или небрежного отношения к службе, повлекшее по неосторожности причинение ущерба в особо крупном размере или существенного вреда правам и законным интересам граждан либо государственным или общественным

		интересам, повлекшие по неосторожности смерть человека либо иные тяжкие последствия. Отказ в госпитализации больного острым аппендицитом, осложнившимся перитонитом, приведшим к смерти больного и случай несоблюдения правил хранения наркотических веществ в больнице, приведшим к хищению их, являются следствием служебной халатности должностного лица (медицинского работника).
18	1,2,3	Получение взятки есть принятие должностным лицом материальных ценностей либо приобретение выгод имущественного характера, представляемых ему исключительно в связи с занимаемым должностным положением, за покровительство или попустительство по службе, благоприятное решение вопросов, входящих в его компетенцию, либо за выполнение или невыполнение в интересах дающего взятку или представляемых им лиц какого-либо действия, которое это лицо должно было или могло совершить с использованием своих служебных полномочий. Предметом взятки могут быть только материальные ценности или выгоды имущественного характера.
19	1,2,3	Для решения таких вопросов, как установление правильности, своевременности лечения, правильности выбора метода и осуществления лечения, установления причинной связи между действием (бездействием) врача и наступившими вредными последствиями для больного, следствие и суд назначают судебно-медицинскую экспертизу. Такие экспертизы проводятся только комиссией.
20	1,2,3,4	В медицинской практике под несчастным случаем понимается неблагоприятный исход медицинского вмешательства, который является результатом неблагоприятного стечения обстоятельств, которые невозможно было предвидеть и предупредить. Примерами таких случаев могут быть: наступление смерти вследствие индивидуальной непереносимости некоторых лекарственных веществ, введенных в организм в обычных дозах; внезапная смерть на операционном столе от эмоционального шока или рефлекторной остановки сердца; рефлекторная остановка дыхания при операциях на органах шеи и др.
21	1,2,3	В основе врачебных ошибок лежит несовершенство медицинских знаний, методов диагностики и лечения. Объективная трудность диагностики заболевания может быть вызвана отсутствием анамнеза, неясной, атипичной или

		скудной симптоматикой, отсутствием необходимого времени для детального обследования больного, его бессознательным состоянием, алкогольным опьянением.
22	1,2	Субъективными причинами в возникновении врачебных ошибок являются недостаточная подготовка и малый опыт врача.
23	1,2	Судебно-медицинские экспертизы по делам о привлечении медицинских работников к уголовной ответственности за должностные и профессиональные правонарушения проводятся комиссией. В состав комиссии, кроме судебно-медицинских экспертов, входят высоко квалифицированные специалисты-клиницисты необходимого профиля.
24	1,2,3	Вопрос о том, имело ли место правонарушение в конкретном случае, решает суд. Экспертная комиссия дает ответы на вопросы (1,2,3), решение которых относится к компетенции специалистов в области медицины.
25	1,2,4	При проведении экспертиз по т.н. врачебным делам комиссия должна руководствоваться: Правилами производства судебно-медицинских экспертиз по материалам уголовных и гражданских дел в РБ (приложение 7), а так же ведомственными приказами, инструкциями, методическими письмами и другими официальными медицинскими документами, регламентирующими деятельность медицинских работников по конкретным вопросам.
26	2	В юридической литературе понятия «врачебная ошибка» нет. В медицине под врачебной ошибкой принято понимать добросовестное заблуждение врача в его суждениях и действиях, если последние не содержат элементов халатности, самонадеянности и медицинского невежества.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	3
Раздел 1 Процессуальные и организационные основы судебно-медицинской службы в Республике Беларусь	5
Раздел 2 Судебно-медицинская танатология (умирание и смерть, трупные изменения, установление давности наступления смерти).....	8
Раздел 3 Осмотр трупа на месте его обнаружения. Судебно-медицинская экспертиза трупа. Исследование эксгумированных, скелетированных и расчлененных трупов. Скоропостижная смерть	15
Раздел 4 Судебно-медицинская экспертиза трупов новорожденных	22
Раздел 5 Судебно-медицинская экспертиза повреждений тупыми и острыми предметами	26
Раздел 6 Судебно-медицинская экспертиза транспортной травмы	34
Раздел 7 Судебно-медицинская экспертиза огнестрельных повреждений	43
Раздел 8 Судебно-медицинская экспертиза повреждений и смерти от механической асфиксии	48
Раздел 9 Судебно-медицинская экспертиза повреждений и смерти от действия крайних температур, воздействия электричества и изменения барометрического давления	54
Раздел 10 Судебно-медицинская экспертиза отравлений	61
Раздел 11 Судебно-медицинская экспертиза степени тяжести телесных повреждений, самоповреждений и искусственно вызванных болезней, при спорных половых состояниях и половых преступлениях.....	73
Раздел 12 Судебно-медицинская экспертиза вещественных доказательств биологического происхождения, идентификация личности и орудия травмы	81
Раздел 13 Судебно-медицинская экспертиза при расследовании нарушений в профессиональной деятельности медицинских работников	89
Эталоны правильных ответов с пояснениями к ним	96
Раздел 1	96
Раздел 2	99
Раздел 3	104
Раздел 4	109
Раздел 5	112
Раздел 6	117
Раздел 7	123
Раздел 8	127
Раздел 9	131
Раздел 10	136
Раздел 11	143
Раздел 12	149
Раздел 13	155
Оглавление	160