

Федеральное государственное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНО

Ученым советом ФГБОУ ВО СПбГПМУ
Минздрава России
«23» мая 2022 г. Протокол №-11

Председатель ученого совета,
ректор ФГБОУ ВО СПбГПМУ
Минздрава России

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего
образования – программы ординатуры по специальности
31.08.10 «СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА»

Нормативный срок обучения – 2 года

Форма обучения
Очная

Санкт-Петербург
2022 г.

ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ основной профессиональной образовательной программы (ОПОП) высшего образования – программы ординатуры по специальности 31.08.10 «СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА»

Перечень компетенций и этапы их формирования по уровням освоения.

№ п/п	Номер/ индекс компе- тенции	Содержание компетенции (или ее части)	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
Универсальные компетенции (УК):					
1	УК-1	Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Особенности получения непосредственной информации о достижениях в области медицины и фармации	Критически мыслить и системно анализировать	Методиками системного анализа и критического мышления
2	УК-2	Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	Иметь понятие о врачебной этике и деонтологии, факторах, определяющих личность и профессионализм эксперта; Основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения	Организовать эффективную, сплочённую команду профессиональных специалистов, способных организовывать и проводить различные виды экспертиз	Основами педагогики, организации здравоохранения, психологии
3	УК-3	Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	Основы организации процесса оказания медицинской помощи населению, методы руководства командой врачей, среднего и младшего медицинского персонала	Организовывать процесс оказания медицинской помощи населению и руководить командой врачей, среднего и младшего медицинского персонала	Современными организационными и руководящими методами и технологиями
	УК-4	Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	Способы выстраивания взаимодействий в рамках своей профессиональной деятельности.	Выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности.	Основами взаимодействия в рамках своей профессиональной деятельности.
	УК-5	Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной	Возможности собственного профессионального и личностного развития	Планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития	Навыками достижения собственного профессионального и личностного развития

		траектории			
Общепрофессиональные компетенции (ОПК)					
Деятельность в сфере информационных технологий					
4	ОПК-1	Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	Основы информационно-коммуникационных технологий и правила информационной безопасности, возможности использования их в профессиональной деятельности	Применять информационно-коммуникационных технологий с соблюдением правил информационной безопасности	Информационно-коммуникационными технологиями
Организационно-управленческая деятельность					
5	ОПК-2	Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	Основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	Применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	Основными принципами организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
Педагогическая деятельность					
6	ОПК-3	Способен осуществлять педагогическую деятельность	Составные части гуманизационного образования, компетентностного подхода в образовании, профильного обучения	Внедрять в педагогическую практику новые методики, технологии и программы.	Современными педагогическими методами и технологиями
Медицинская деятельность					
	ОПК-4.	Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	Основы и методы клинической диагностики и обследования пациентов	Применять методы клинической диагностики и обследования пациентов	Методами клинической диагностики и обследования пациентов
	ОПК-5.	Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	Необходимый объем информации для проведения медицинской экспертизы в отношении пациентов	Использовать знания для проведения медицинской экспертизы в отношении пациентов	Основами проведения медицинской экспертизы в отношении пациентов
	ОПК-6	Способен проводить анализ медико-статической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	Особенности получения непосредственной информации об объектах и событиях в форме индивидуальных конкретно-чувственных образов и данных	Обнаруживать причинно-следственные связи, устанавливать характер связей – прямые и косвенные	Методиками проведения психологических замеров и тестирований

	ОПК-7	Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	Тактику оказания неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	Оказывать неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	Навыками сердечно-легочной реанимации и стандартами оказания неотложной медицинской помощи
Профессиональные компетенции (ПК)					
Медицинская деятельность					
	ПК-1	Способен производить судебно-медицинскую экспертизу (исследования) трупа	Порядок организации и производства судебно-медицинской экспертизы (исследования) трупа	Производить судебно-медицинскую экспертизу (исследования) трупа в случаях насильственной и ненасильственной смерти	Формулировкой и обоснованием экспертных выводов в соответствии с требованиями процессуального законодательства РФ о нормативных правовых документов в сфере государственной судебно-медицинской деятельности
	ПК-2	Способен производить судебно-медицинскую экспертизу (обследование) в отношении живого лица	Порядок организации и производства судебно-медицинских экспертиз в отношении живого лица	Использовать методику медицинского обследования и устанавливать характер и локализацию повреждений живого лица, в отношении которого проводится судебно-медицинская экспертиза (обследование)	Использованием и приобщением к материалам судебно-медицинской экспертизы результатов дополнительных инструментальных и лабораторных исследований объектов, а также поступивших дополнительных материалов дела.
	ПК-3	Способен производить судебно-медицинскую экспертизу (исследование) вещественных доказательств и объектов биологического и иного происхождения	Порядок взятия, упаковки, направления, транспортировки, хранения вещественных доказательств и объектов биологического и иного происхождения, предоставляемых на лабораторные и инструментальные экспертные исследования.	Анализировать, интерпретировать полученные результаты лабораторного и инструментального экспертных исследований вещественных доказательств и объектов биологического и иного происхождения	Производством судебно-медицинской экспертизы (исследований) вещественных доказательств и объектов биологического и иного происхождения
	ПК-4	Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию, организовать деятельность	Правила оформления медицинской документации и проведения анализа медико-статистической информации в судебно-экспертных	Заполнять медицинскую документацию, в том числе в форме электронного журнала	Ведением медицинской документации, в том числе в форме электронного журнала

		находящегося в распоряжении медицинского персонала	медицинских организациях, осуществляющих производство судебно-медицинских экспертиз		
	ПК-5	Способен оказать медицинскую помощь в экстренной форме	Оценку состояния пациентов, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме	Оказывать медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти	распознаванием состояний, представляющих угрозу жизни пациентов, включая состояние клинической смерти

ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

основной профессиональной образовательной программы высшего образования - программы ординатуры по специальности 31.08.10 «Судебно-медицинская экспертиза»

№	Контролируемые разделы дисциплины	Индекс контролируемой компетенции (или её части)	Оценочные средства	Способ контроля
			наименование	
1.	Б.1Б.1 «Судебно-медицинская экспертиза»	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5	- вопросы - тесты - ситуационные задачи	- устно - тестирование - устно
2.	Б.1Б.2 «Общественное здоровье и здравоохранение»	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7	- вопросы - тесты	- устно - тестирование
3.	Б.1Б.3 «Педагогика»	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3	- вопросы - тесты	- устно - тестирование
4	Б.1Б.4 «Патологическая анатомия»	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5	- вопросы - тесты	- устно - тестирование
5	Б.1Б.5 «Патологическая физиология»	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2,	- вопросы - тесты	- устно - тестирование

		ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5		
6	Б.1Б.6 «Медицина чрезвычайных ситуаций»	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7	- тесты	- тестирование
7	Б.1.В.ОД.1 «Патологическая анатомия»	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5	- вопросы - тесты	- устно - тестирование
8	Б.1.В.ОД.2 «Симуляционный курс»	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5	- ситуационные задачи	- устно
9.	Б.1.В.ДВ.1 «Медицинская психология и деонтология»	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-6, ОПК-7, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5	- вопросы - тесты	- устно - тестирование
10.	Б.1.В.ДВ.2 «Основы медицинской статистики»	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-6	- вопросы - тесты	- устно - тестирование
11.	Б.2.1 Производственная практика (базовая часть)	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5	- вопросы - тесты - ситуационные задачи	- устно - тестирование - устно
12.	Б.2.2 Производственная практика (вариативная часть)	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ПК-1,	- вопросы - тесты - ситуационные задачи	- устно - тестирование - устно

		ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5		
--	--	------------------------	--	--

1. КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ И ИНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ОЦЕНКИ

знаний, умений, навыков, характеризующие этапы формирования компетенций в процессе освоения основной профессиональной образовательной программы высшего образования - программы ординатуры по специальности

31.08.10 «Судебно-медицинская экспертиза»

№	Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
		Наименование материалов оценочных средств			
		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
		№ задания			
1.	УК-1	1-100	1-20	1-10	1-3
2.	УК-2	100-200	10-50	20-30	4-8
3.	УК-3	400-500	24-55	20-30	1-6
4.	УК-4	150-250	20-30	20-30	9-12
5.	УК-5	701-850	25-45	20-30	4-11
6.	ОПК-1	301-400	20-40	20-30	2-9
7.	ОПК-2	355-460	1-30	20-30	8-12
8.	ОПК-3	501-600	30-200	30-50	1-12
9.	ОПК-4	601-700	30-200	30-50	1-12
10.	ОПК-5	401-500	30-200	30-50	1-12
11.	ОПК-6	801-900	30-200	30-50	1-12
12.	ОПК-7	701-800	30-200	30-50	1-12
13.	ПК-1	1-900	1-200	1-45	1-12
14.	ПК-2	1-900	1-200	1-45	1-12
15.	ПК-3	1-900	1-200	1-45	1-12

2. Критерии оценки, шкалы оценивания

2.1. Критерии оценивания тестовых заданий:

«Отлично» - количество положительных ответов 91% и более максимального балла теста.

«Хорошо» - количество положительных ответов от 81% до 90% максимального балла теста.

«Удовлетворительно» - количество положительных ответов от 71% до 80% максимального балла теста.

«Неудовлетворительно» - количество положительных ответов менее 71% максимального балла теста.

2.2. Критерии оценивания ответов на вопросы устного собеседования:

«Отлично» - всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в их

значении для приобретаемой профессии. Проявление творческих способностей в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

«Хорошо» - полное знание учебного материала, основной рекомендованной к занятию. Обучающийся показывает системный характер знаний по дисциплине и способен к самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

«Удовлетворительно» - знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знаком с основной литературой, рекомендованной к занятию. Обучающийся допускает погрешности, но обладает необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

«Неудовлетворительно» - обнаруживаются существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допускаются принципиальные ошибки при ответе на вопросы.

2.3. Критерии оценивания выполнения алгоритма практического навыка:

«Отлично» - правильно определена цель навыка, работу выполнена в полном объеме с соблюдением необходимой последовательности действий. Самостоятельно и рационально выбрано и подготовлено необходимое оборудование, все действия проведены в условиях и режимах, обеспечивающих получение наилучших результатов. Научно грамотно, логично описаны наблюдения и сформированы выводы. В представленном фрагменте медицинского документа правильно и аккуратно выполнены все записи, интерпретированы результаты.

Продемонстрированы организационно-трудовые умения (поддержание чистоты рабочего места и порядок на столе, экономное использование расходных материалов).

Навык осуществляет по плану с учетом техники безопасности и правил работы с материалами и оборудованием.

«Хорошо» - ординатор выполнил требования к оценке «5», но:

алгоритм проводил в условиях, не обеспечивающих достаточной результативности, допустил два-три недочета или более одной грубой ошибки и одного недочета, алгоритм проведен не полностью или в описании допущены неточности, выводы сделаны неполные.

«Удовлетворительно» - ординатор правильно определил цель навыка; работу выполняет правильно не менее чем наполовину, однако объем выполненной части таков, что позволяет получить правильные результаты и выводы по основным, принципиально важным задачам работы, подбор оборудования, объектов, материалов, а также работы по началу алгоритма провел с помощью преподавателя; или в ходе проведения алгоритма были допущены ошибки в описании результатов, формулировании выводов.

Алгоритм проводился в нерациональных условиях, что привело к получению результатов с большей погрешностью; или при оформлении документации были допущены в общей сложности не более двух ошибок не принципиального для данной работы характера, но повлиявших на результат выполнения; не выполнен совсем или выполнен неверно анализ результатов; допущена грубая ошибка в ходе алгоритма (в объяснении, в оформлении документации, в соблюдении правил техники безопасности при работе с материалами и оборудованием), которая исправляется по требованию преподавателя.

«Неудовлетворительно» - не определена самостоятельно цель практического навыка: выполнена работу не полностью, не подготовлено нужное оборудование и объем выполненной части работы не позволяет сделать правильных выводов; в ходе алгоритма и при оформлении документации обнаружились в совокупности все недостатки, отмеченные в требованиях к оценке «3»; допущены две (и более) грубые ошибки в ходе алгоритма, в объяснении, в оформлении работы, в соблюдении правил техники безопасности при работе с веществами и оборудованием, которые не может исправить даже по требованию преподавателя.

2.4. Критерии оценивания задачи:

«**Отлично**» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, ответы изложены логично и полно.

«**Хорошо**» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, полнота ответа составляет 2/3.

«**Удовлетворительно**» - правильные ответы даны на 2/3 вопросов, выполнены 2/3 заданий, большинство (2/3) ответов краткие, неразвернутые.

«**Неудовлетворительно**» - правильные ответы даны на менее 1/2 вопросов, выполнены менее 1/2 заданий, ответы краткие, неразвернутые, «случайные».

3. Оценочные средства

3.1. Тесты

1. Что такое судебно-медицинская экспертиза:

- а) исследование в отношении подделки ценных бумаг
- б) научно-практическое исследование в случаях преступлений против жизни и здоровья человека
- в) исследование в отношении установления подлинности произведения искусства
- г) исследование отпечатков папиллярных узоров концевых фаланг пальцев рук

2. Проведение комиссионной судебно-медицинской экспертизы обязательно:

- а) при первичной экспертизе
- б) повторной экспертизе
- в) дополнительной экспертизе
- г) экспертизе по уголовным делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников

3. Дополнительная экспертиза проводится при:

- а) необоснованном выводе
- б) недостаточной чёткости вывода
- в) при появлении новых следственных данных
- г) при наличии противоречий в исследовательской части Заключение эксперта в выводах

4. Процессуальное положение эксперта определяется его:

- а) правами
- б) обязанностями
- в) компетенцией
- г) ответственностью

5. Бюро судебно-медицинской экспертизы имеются:

- а) в Москве и Санкт-Петербурге
- б) в каждом районном центре
- в) в областном центре
- г) населённом пункте

6. При проведении суда судебно-медицинский эксперт имеет право задавать вопросы:

- а) потерпевшему
- б) судье
- в) подсудимому
- г) свидетелю

7. К ранним трупным изменениям относят:

- а) жировоск

- б) торфяное дубление
- в) охлаждение
- г) идиомускулярную опухоль

8. Осмотр места происшествия включает стадии:

- а) статическую
- б) начальную
- в) промежуточную
- г) конечную

9. К поздним трупным изменениям относят:

- а) трупное охлаждение
- б) аутолиз
- в) идиомускулярную опухоль
- г) гниение

10. Стадия гипостаза трупных пятен длится:

- а) до 2,5 часов
- б) до 6 часов
- в) до 12 часов
- г) до 24 часов

11. Исследование трупного окоченения позволяет:

- а) определить причину смерти
- б) установить факт наступления клинической смерти
- в) определить время наступления смерти
- г) судить об изменении позы и положения трупа

12. Трупное окоченение охватывает все группы мышц через:

- а) 3-4 часа
- б) 5-6 часов
- в) 12-24 часа
- г) 24-36 часов

13. Трупное окоченение развивается:

- а) начиная с мышц нижних конечностей
- б) начиная с жевательной мускулатуры
- в) одновременно во всех группах мышц
- г) начиная с мышц верхних конечностей

14. При судебно-медицинском исследовании трупа в секционном зале обязательному вскрытию подлежат:

- а) полость черепа
- б) полость брюшины
- в) все полости тела
- г) спина и позвоночный канал

15. После судебно-медицинского вскрытия родственникам выдаётся:

- а) справка
- б) протокол вскрытия
- в) врачебное свидетельство о смерти
- г) Заключение эксперта

16. В классификации тупых предметов учитывается:

- а) морфологические особенности повреждений
- б) сила удара
- в) форма ударяющей поверхности
- г) материал, из которой изготовлен предмет

17. Ограниченной называют ударяющую поверхность:

- а) площадью до 4 см²
- б) площадью до 16 см²
- в) площадью до 30 см²
- г) полностью вступившую в контакт с повреждаемым участком

18. "Цветение" кровоподтёков наблюдается через:

- а) 10-12 часов после травмы
- б) 3-4 дня
- в) 6-9 дней
- г) 10-12 дней

19. Ссадины обычно образуются:

- а) при сотрясении тела
- б) при ударе под углом близким к 90°
- в) в результате трения
- г) в результате растяжения

20. Поверхность ссадины становится выше окружающей кожи:

- а) через 10-12 часов
- б) к концу вторых суток
- в) через 3-4 дня
- г) через 5-7 дней

21. Раной называется:

- а) повреждение кожи до сосочкового слоя
- б) повреждение кожи либо слизистой на всю их толщину
- в) повреждение капсулы внутренних органов
- г) нарушение анатомической целостности костной ткани

22. Ушибленные раны образуются в результате:

- а) удара
- б) растяжения
- в) трения
- г) сотрясения

23. Рваные раны образуются в результате:

- а) удара
- б) растяжения
- в) сдавления
- г) трения

24. Осаждение краёв на всём протяжении характерно для:

- а) ушибленных ран
- б) рваных ран

- в) ушибленно-рваных ран
- г) укушенных ран

25. Линейная или веретенообразная форма ушибленной раны характерна для действия предмета:

- а) с тупогранной ударяющей поверхностью
- б) со сферической ударяющей поверхностью
- в) с гладкой ударяющей поверхностью
- г) форма раны не зависит от конструктивных особенностей орудия травматизации

26. Образование оскольчатых переломов костей свода черепа характерно для предметов:

- а) с плоской ограниченной ударяющей поверхностью
- б) плоской неограниченной
- в) цилиндрической
- г) с выраженными углом и гранями

27. Террасовидные переломы могут наблюдаться на:

- а) рёбрах
- б) плоских костях
- в) длинных трубчатых костях
- г) позвонках

28. Дырчатые переломы костей черепа образуются при площади ударяющей поверхности:

- а) до 9-16 см²
- б) от 16 до 32 см²
- в) от 32 до 45 см²
- г) площадь ударяющей поверхности не имеет значения

29. У взрослых формирование переломов начинается:

- а) в зоне сжатия
- б) в зоне растяжения
- в) на границе зон сжатия и растяжения
- г) под надкостницей

30. У детей формирование переломов начинается:

- а) в зоне сжатия
- б) в зоне растяжения
- в) на границе зон сжатия и растяжения
- г) под надкостницей

31. Сочетанной травмой называется:

- а) повреждение нескольких частей тела
- б) наличие наружных и внутренних повреждений
- в) наличие открытых и закрытых повреждений
- г) повреждения, сформировавшиеся от действия нескольких видов повреждающих факторов

32. Специфическими для столкновения пешехода с движущимся автомобилем являются:

- а) повреждения от удара бампером
- б) следы протектора
- в) множественные двусторонние переломы рёбер
- г) преобладание повреждений внутренних органов над наружными

33. Переломы остистых отростков позвонков чаще встречаются при:

- а) падении с высоты
- б) травме в салоне автомобиля
- в) переезде колесом автомобиля
- г) столкновении пешехода с движущимся автомобилем

34. Повреждения в виде отслойки кожи характерны для:

- а) удара автомобилем
- б) удара локомотивом при железно-дорожной травме
- в) переезда колесом автомобиля
- г) переезде колесом железно-дорожного транспорта

35. Отрыв и перемещение внутренних органов наблюдается обычно при:

- а) падении на капот автомобиля
- б) переезде колесом автомобиля
- в) выпадении из движущегося автомобиля
- г) воздействии частей салона автомобиля

36. Расчленение тела характерно для:

- а) тракторной травмы
- б) автомобильной травмы
- в) железно-дорожной травмы
- г) мотоциклетной травмы

37. Признаками инерционной травмы являются:

- а) открытые переломы костей конечностей
- б) обширные рваные раны
- в) кровоизлияния в связочный аппарат внутренних органов
- г) преобладание наружных повреждений над внутренними

38. Под прямым падением принято понимать:

- а) падение, при котором тело человека по пути своего падения не встречает каких-либо препятствий
- б) падение, при котором тело в процессе полета ударяется о какие-либо препятствия
- в) падение, при котором при приземлении человек пытается приземлиться на анатомически выгодные участки тела
- г) падение, при котором при приземлении человек не пытается приземлиться на анатомически выгодные участки тела

39. Повреждения на разных поверхностях тела наблюдаются при:

- а) прямом падении
- б) ступенчатом падении
- в) падении на плоскости
- г) координированном падении

40. Для колющих предметов характерно:

- а) наличие двух лезвий
- б) наличие одного лезвия
- в) наличие острого конца
- г) значительная масса

41. Наиболее выраженный надрез эпидермиса наблюдается:

- а) в начале резаной раны
- б) в средней части колото-резаной раны
- в) в конце резаной раны
- г) в начале и в конце резаной раны

42. Для резаных ран характерно:

- а) гладкие края
- б) осаднение одного из краёв
- в) преобладание длины раневого канала над размерами раны
- г) “П” – образные концы

43. Сквозные ранения чаще причиняют предметами:

- а) режущими
- б) колющими
- в) рубящими
- г) пилящими

44. Для колотых ранений характерно:

- а) наличие осаднения краёв
- б) наличие надрезов эпидермиса
- в) преобладание длины канала над размерами раны
- г) преобладание длины раны над длиной раневого канала

45. Форма колотой раны зависит от:

- а) длины предмета
- б) формы поперечного сечения предмета
- в) количества лезвий
- г) массы предмета

46. Незначительным наружным кровотечением характеризуются раны:

- а) резаные
- б) колотые
- в) рубленые
- г) пиленые

47. Наличие у травмирующего предмета пятки или бородки может влиять на морфологические особенности ран:

- а) резаных
- б) колото-резаных
- в) колотых
- г) пиленых

48. О ширине клинка колюще-режущего предмета можно судить по:

- а) ширине раны
- б) длине основного разреза
- в) длине раневого канала
- г) длине дополнительного разреза

49. Длина канала колото-резаного ранения зависит от:

- а) длины колюще-режущего предмета
- б) силы удара и особенностей повреждаемых тканей
- в) длины клинка колюще-режущего предмета

г) ширины клинка колюще-режущего предмета

50. Длину раневого канала колото-резаного ранения устанавливают:

- а) введением в раневой канал зонда
- б) послойным исследованием канала на поперечных разрезах
- в) исследованием канала на продольном разрезе
- г) введением в раневой канал контрастного вещества

51. Длина канала колото-резаного ранения обычно:

- а) больше длины клинка
- б) соответствует длине клинка
- в) меньше длины клинка
- г) соответствует ширине клинка

52. При повреждении плоских костей колюще-режущими предметами образуются переломы:

- а) оскольчатые
- б) террасовидные
- в) дырчатые
- г) линейные

53. При действии рубящих предметов на костях образуются:

- а) надрубы
- б) террасовидные переломы
- в) оскольчатые переломы
- г) линейные

54. Об особенностях травмировавшего предмета помогают судить результаты исследований:

- а) судебно-биологического
- б) медико-криминалистического
- в) судебно-химического
- г) гистологического

55. При обнаружении на месте происшествия предполагаемого орудия травмы в первую очередь следует направить его в лабораторию:

- а) судебно-биологическую
- б) медико-криминалистическую
- в) судебно-химическую
- г) гистологическую

56. Огнестрельным называется оружие, в котором для выбрасывания снаряда используется:

- а) сжатый воздух
- б) пороховые газы
- в) пружина
- г) пыж

57. В качестве заряда в огнестрельном стрелковом оружии используется:

- а) тротил (тринитротолуол)
- б) дробь
- в) порох

г) газ

58. К гражданскому относят оружие, предназначенное:

- а) для решения боевых задач
- б) для самообороны, охоты и занятий спортом
- в) для выполнения установленных законом задач по охране предприятий
- г) для нападения

59. Холостым называется патрон, не имеющий:

- а) капсюля
- б) заряда
- в) снаряда
- г) пыжа

60. Средним (нормальным) калибром ручного боевого стрелкового оружия является калибр:

- а) 6-9 миллиметров
- б) 10-12 миллиметров
- в) 13-20 миллиметров
- г) 21-25 миллиметров

61. Наличие оболочки характерно для снаряда:

- а) боевого оружия
- б) спортивного
- в) охотничьего
- г) газового

62. Компенсаторы и дульно-тормозные устройства используются в конструкции оружия:

- а) боевого автоматического
- б) боевого неавтоматического
- в) охотничьего двуствольного
- г) газового

63. Калибр гладкоствольного охотничьего оружия измеряется в:

- а) миллиметрах
- б) дюймах
- в) условных единицах
- г) сантиметрах

64. В качестве снаряда в спортивном оружии применяется:

- а) оболочечная пуля
- б) безоболочечная пуля
- в) мелкая картечь
- г) дробь

65. Выстрелом с близкого расстояния называется:

- а) выстрел с дистанции до 1 метра
- б) выстрел с дистанции до 5 метров
- в) выстрел в пределах действия продуктов выстрела
- г) выстрел с дистанции до 50 см

66. Выстрелом в упор называют выстрел:

- а) с дистанции 1-3 см
- б) с дистанции до 5 см
- в) при контакте дульного среза ствола оружия с мишенью
- г) с дистанции до 10 см

67. В пределах 1-й зоны близкого выстрела основное поражающее действие оказывают:

- а) газы
- б) пыжи
- в) ствол оружия
- г) капсюль

68. Признак Шовиньи-Никифорова позволяет определить:

- а) вид огнестрельного оружия
- б) последовательность формирования переломов
- в) дистанцию выстрела
- г) возможность формирования повреждения от действия собственной руки

69. Для 3-й зоны близкого выстрела характерно:

- а) отложение копоти
- б) отложение порошинок и частиц металла
- в) ожог кожи пороховыми газами
- г) отложение пороховых зерен

70. Термическое действие пороховых газов заключается в формировании:

- а) ожогов, опалении волос
- б) карбоксигемоглобина
- в) пояса загрязнения
- г) дефекта ткани

71. Наличие дефекта кожи (минус-ткани) характерно для:

- а) входной раны
- б) выходной раны
- в) поражения мелкой дробью
- г) поражения картечью

72. Предпулевой воздух обладает:

- а) термическим действием
- б) механическим действием
- в) химическим действием
- г) все зависит от дистанции выстрела

73. Феномен Виноградова может иметь место при:

- а) выстреле холостым патроном
- б) выстреле через преграду
- в) выстреле крупной картечью
- г) выстреле из газового оружия

74. Перед началом вскрытия трупа с огнестрельным ранением необходимо произвести исследование:

- а) судебно-химическое
- б) судебно-биологическое
- в) рентгенологическое

г) судебно-гистологическое

75. Наличие штанц-марки характерно для выстрела:

- а) в упор
- б) холостым патроном
- в) пулями специального назначения
- г) с неблизкой дистанции

76. При ранении из боевого стрелкового оружия в пояске загрязнения по краям раны можно обнаружить следы металла:

- а) меди
- б) свинца
- в) кобальта
- г) железа

77. Для входного огнестрельного ранения характерно:

- а) наличие пояска осаднения
- б) отсутствие пояска загрязнения
- в) обильное кровотечение
- г) вывернутые края

78. Наиболее частое соотношение размеров огнестрельных ран:

- а) входная рана больше выходной
- б) входная рана примерно равна по размерам выходной
- в) входная рана меньше выходной
- г) размеры ран точно соответствуют диаметру снаряда

79. При ранении оболочечной пулей в пояске загрязнения по краям раны можно обнаружить следы металла:

- а) платины
- б) свинца
- в) кобальта
- г) меди

80. Проба Л.М. Эйдлина применяется для:

- а) установления характера ранящего снаряда
- б) обнаружения копоти
- в) выявления порошинок
- г) выявления смазки

81. Метод цветных отпечатков позволяет выявить по краям раны:

- а) наличие капелек оружейной смазки
- б) наличие частиц металлов и их окислов
- в) следы действия пороховых газов
- г) пояска осаднения

82. Отложение копоти выявляют при исследовании:

- а) в проходящем свете
- б) в инфракрасных лучах
- в) в ультрафиолетовых лучах
- г) УЗИ

83. В качестве снаряда в спортивном оружии применяется:

- а) оболочечная пуля
- б) безоболочечная пуля
- в) мелкая картечь
- г) порох

84. Выстрелом с близкого расстояния называется:

- а) выстрел с дистанции до 1 метра
- б) выстрел с дистанции до 5 метров
- в) выстрел в пределах действия продуктов выстрела
- г) выстрел в пределах видимости

85. Групповым огнестрельным оружием называется оружие:

- а) способное поражать группу целей
- б) стреляющее очередями
- в) для использования которого необходим расчёт (несколько человек)
- г) стреляющее сыпучим снарядом (дробь, картечь)

86. Патрон боевого оружия включает в себя:

- а) пыж
- б) гильзу
- в) картечь
- г) дробь

87. В судебной медицине ядом считают вещества, введённые в организм:

- а) в малых количествах и вызвавшие расстройство здоровья или смерть
- б) с лечебной целью
- в) с диагностической целью
- г) с целью самоубийства

88. Общее действие яда наиболее быстро и интенсивно проявляется при введении его:

- а) внутривенно
- б) через лёгкие
- в) в прямую кишку
- г) через рот

89. Обязательный комплекс методов для диагностики отравлений:

- а) макроскопическое, гистологическое и судебно-биологическое исследования
- б) макроскопическое, гистологическое и судебно-химическое исследования
- в) макроскопическое исследование и спектральный анализ
- г) макроскопическое, молекулярно-генетическое и судебно-химическое исследования

90. В случаях отравлений материал для исследования берут в посуду:

- а) стерильную
- б) химически чистую
- в) пластиковые термоупаковки
- г) стеклянную

91. При отравлении ядом *per os* применяют способ вскрытия трупа:

- а) по Вирхову
- б) по Иванову
- в) по Шору
- г) по Абrikосову

92. Процесс кумуляции ядовитых веществ заключается в:

- а) суммировании нескольких ядов
- б) видоизменении яда в более токсическое вещество
- в) накоплении яда в неизменном виде
- г) снижении токсического эффекта одного вещества за счет действия другого

93. При отравлении окисью углерода имеет место гипоксия:

- а) острая тканевая
- б) острая гемическая
- в) острая дыхательная недостаточность
- г) смешанная гипоксия

94. Ярко-красный цвет трупных пятен, крови и мышц характерен для отравления:

- а) метиловым спиртом
- б) фосфорорганическими соединениями
- в) угарным газом
- г) героином

95. Физиологическим содержанием карбоксигемоглобина в крови считается:

- а) до 5 %
- б) 5-10 %
- в) до 20-30 %
- в) до 40-50 %

96. Установление степени алкогольного опьянения у живых лиц проводится на основании:

- а) количественного определения алкоголя в крови
- б) количественного определения алкоголя в крови и моче с учётом клинической картины опьянения
- в) клинических проявлений опьянения
- г) количественного определения алкоголя в моче

97. При обнаружении алкоголя только в моче возможно установить:

- а) степень алкогольного опьянения
- б) количество принятого алкоголя
- в) факт и давность приёма алкоголя
- г) степень алкогольного опьянения и количество принятого алкоголя

98. Сильной степени опьянения у живых лиц соответствует концентрация алкоголя в крови:

- а) 0,5-1,5 %
- б) 1,0-2,5 %
- в) 2,5-3,5 %
- г) 3,5 % и выше

99. К едким ядам относятся:

- а) угарный газ
- б) этиленгликоль
- в) концентрированные кислоты и щелочи
- г) соли тяжёлых металлов

100. Этиловый спирт относится к группе:

- а) едких ядов
- б) кровяных ядов
- в) деструктивных ядов
- г) функциональных ядов

101. Аммиак относится к группе:

- а) едких ядов
- б) кровяных ядов
- в) деструктивных ядов
- г) функциональных ядов

102. Бертолетова соль относится к группе:

- а) едких ядов
- б) кровяных ядов
- в) деструктивных ядов
- г) функциональных ядов

103. Мышьяк относится к группе:

- а) едких ядов
- б) кровяных ядов
- в) деструктивных ядов
- г) функциональных ядов

104. Трупные пятна и кровь коричнево-синюшного цвета наблюдается при отравлениях:

- а) анилином
- б) барбитуратами
- в) угарным газом
- г) этиловым спиртом

105. Наиболее ядовиты соли ртути, в которых ртуть:

- а) одновалентна
- б) двухвалентна
- в) трехвалентна
- г) пятивалентна

106. При отравлении снотворными веществами смерть наступает от:

- а) паралича дыхательного центра
- б) паралича дыхательной мускулатуры
- в) острой печеночной недостаточности
- г) паралича сосудодвигательного центра

107. При подозрении на отравление с места происшествия необходимо изъять:

- а) остатки пищи
- б) рвотные массы
- в) отпечатки пальцев
- г) кровь

108. “Общеасфиксическим” признаком является:

- а) интенсивные разлитые трупные пятна
- б) кровоизлияния в мягких тканях шеи
- в) надрывы интимы общей сонной артерии

г) свертки крови в полостях сердца

109. Видовым признаком при повешении является:

- а) странгуляционная борозда
- б) малокровие селезенки
- в) венозное полнокровие внутренних органов
- г) интенсивные разлитые темно-фиолетового цвета трупные пятна

110. Удушение петлёй относится к асфиксии:

- а) компрессионной
- б) странгуляционной
- в) обтурационной
- г) аспирационной

111. Для смерти от утопления по истинному типу характерны пятна:

- а) Рассказова-Лукомского-Пальтауфа
- б) Минакова
- в) Вишневского
- г) Тардье

112. О прижизненном утоплении в пресной воде свидетельствует обнаружение диатомового планктона в:

- а) содержимом желудка
- б) легком
- в) спинном мозге
- г) костном мозге

113. Пятна Тардье – это кровоизлияния, которые локализуются:

- а) под эндокардом левого желудочка
- б) под висцеральной плеврой лёгких
- в) в слизистой оболочке желудка
- г) на слизистой оболочке почечных лоханок

114. Для подтверждения прижизненного образования странгуляционной борозды, необходимо проводить:

- а) судебно-химическое исследование
- б) судебно-гистологическое исследование
- в) медико-криминалистическое исследование
- г) судебно-биохимическое исследование

115. Повреждение подъязычной кости наиболее характерно для:

- а) удушения петлёй
- б) повешения
- в) утопления
- г) обтурации гортани инородным телом

116. Странгуляционная борозда – это:

- а) кровоподтёк
- б) ссадина
- в) рана
- г) гематома

117. Альгологическое исследование – это:

- а) исследование кусочков внутренних органов на диатомовый планктон
- б) исследование кусочков внутренних органов для определения наличия кварц-содержащих частиц
- в) исследование кусочков внутренних органов для определения количества гликогена
- г) исследование кусочков внутренних органов для определения количества этилового спирта

118. С судебно-медицинской точки зрения новорожденным считается младенец, проживший после рождения:

- а) неделю
- б) 16 суток
- в) 28 суток
- г) только что родившийся младенец

119. Достоверными признаками новорожденности считаются:

- а) неотделённая плацента
- б) наличие обильной сыровидной смазки
- в) циклопия
- г) наличие мекония в толстой кишке более 30 г

120. Доношенность - это:

- а) степень физического и психомоторного развития ребёнка к моменту рождения
- б) период гестации равный 10 лунным месяцам
- в) способность ребенка самостоятельно жить вне утробы матери
- г) отсутствие уродств, несовместимых с жизнью

121. Под зрелостью понимают:

- а) физическое и психомоторное развитие ребёнка к моменту рождения
- б) гестационный возраст ребёнка, соответствующий 10 лунным месяцам
- в) способность ребёнка самостоятельно жить вне утробы матери
- г) отсутствие уродств, несовместимых с жизнью

122. В судебной медицине жизнеспособным считается младенец:

- а) зрелый
- б) с отсутствием уродств, несовместимых с жизнью
- в) длиной пуповины 30 см
- г) достаточно развитым подкожно-жировым слоем

123. В судебной медицине живорожденным считается ребенок, который:

- а) сделал хотя бы один самостоятельный вдох
- б) масса тела при рождении 1500 г
- в) кожные покровы розовой окраски
- г) длина тела при рождении 45-50см

124. Детоубийство – это:

- а) убийство матерью своего ребёнка
- б) убийство ребёнка
- в) убийство матерью своего новорождённого ребёнка во время или сразу же после родов
- г) неоказание медицинской помощи жизнеспособному новорождённому

125. После рождения желудок заполняется воздухом в течение:

- а) 5 минут

- б) 15 минут
- в) 45 минут
- г) 3-4 часов

126. Наиболее частые причины ненасильственной смерти новорождённых:

- а) внутриутробная асфиксия
- б) strangуляция шеи
- в) утопление
- г) родовая травма

127. Лёгочную и желудочно-кишечную гидростатическую пробы проводят для установления:

- а) жизнеспособности младенца
- б) новорожденности младенца
- в) продолжительности внутриутробной жизни
- г) продолжительности внеутробной жизни

128. При исследовании трупов новорождённых обязательным является исследование:

- а) гистологическое
- б) биохимическое исследование крови
- в) рентгенологическое
- г) медико-криминалистическое

129. Для решения вопроса и живорождённости обязательными являются:

- а) проба Галена и Бреслау
- б) типовое и групповое исследование крови
- в) наличие мекония вокруг заднепроходного отверстия
- г) определение ядра Беклера

Б.1Б.1.4 Судебно-медицинская экспертиза потерпевших, обвиняемых и других лиц.

Оцениваемые компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3, ПСК-4, ПСК-5.

130. Судебно-медицинскую экспертизу живых лиц проводит:

- а) лечащий врач
- б) судебно-следственные органы
- в) судебно-медицинский эксперт
- г) врач любой специальности

131. Основными нормативными документами для установления тяжести вреда здоровью являются

- а) Правила судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью
- б) Уголовный кодекс РФ
- в) Уголовно-процессуальный кодекс РФ
- г) Инструкция о пожарной безопасности Бюро СМЭ

132. Под вредом здоровью понимают:

- а) нарушение анатомической целостности органов и тканей
- б) нарушение физиологической функции органов и тканей
- в) нарушение анатомической целостности и физиологической функции органов и тканей
- г) заболевания или патологические состояния, возникшие в результате воздействия различных факторов внешней среды

133. К опасным для жизни относятся повреждения:

- а) потеря кисти или стопы
- б) открытые переломы длинных трубчатых костей
- в) ушиб головного мозга средней степени без симптомов поражения стволового отдела
- г) термические ожоги III степени с площадью поражения, не превышающей 10% поверхности тела

134. При оценке опасности для жизни повреждения принимается ли во внимание оказание медицинской помощи:

- а) принимается
- б) принимается во внимание в отдельных случаях
- в) не должно приниматься
- г) зависит от повреждения

135. Потерю зрения, слуха, утрату какого-либо органа следует квалифицировать как:

- а) тяжкий вред здоровью
- б) вред здоровью средней тяжести
- в) легкий вред здоровью
- г) мучения

136. Потеря зрения на один глаз оценивается по признаку:

- а) опасности для жизни
- б) неизгладимого обезображивания лица
- в) утраты органа или утраты органом его функции
- г) стойкой утраты общей трудоспособности

137. Вопрос об изгладимости повреждения на лице решает:

- а) суд
- б) врач-косметолог
- в) судебно-медицинский эксперт
- г) потерпевший

138. Факт обезображивания лица устанавливает:

- а) врач-косметолог
- б) судебно-медицинский эксперт
- в) суд
- г) потерпевший

139. Квалифицирующим признаком тяжести вреда здоровью закрытого перелома бедренной кости является:

- а) опасность для жизни
- б) длительное расстройство здоровья свыше 21 дня
- в) стойкая утрата общей трудоспособности на 10%
- г) потеря органа или утрата органом его функции

140. Признаками легкого вреда здоровью являются:

- а) кратковременное расстройство здоровья менее 21 дня
- б) длительное расстройство здоровья свыше 21 дня
- в) незначительная стойкая утрата общей трудоспособности от 10% до 30%
- г) значительная стойкая утрата общей трудоспособности более чем на 1/3

141. Общая трудоспособность – это:

- а) возможность выполнения определенного объема и качества работы по конкретной специальности (профессии)/ по которой осуществляется основная трудовая деятельность
- б) совокупность способностей человека выполнять неквалифицированную работу и обеспечивать самообслуживание
- в) возможность выполнения определенного объема и качества работы по какой-либо специальности
- г) способность человека выполнять неквалифицированную работу

142. Профессиональная трудоспособность – это:

- а) возможность выполнения определённого объёма и качества работы по конкретной специальности (профессии)/ по которой осуществляется основная трудовая деятельность
- б) совокупность способностей человека выполнять неквалифицированную работу и обеспечивать самообслуживание
- в) возможность выполнения определённого объёма и качества работы по какой-либо специальности
- г) способность человека выполнять неквалифицированную работу

143. Кровоподтек на бедре следует расценивать как:

- а) тяжкий вред здоровью
- б) вред здоровью средней степени тяжести
- в) легкий вред здоровью
- г) как вред здоровью не расценивается

144. Потеря 2-3 постоянных зубов следует расценивать как:

- а) тяжкий вред здоровью
- б) вред здоровью средней степени тяжести
- в) легкий вред здоровью
- г) как вред здоровью не расценивается

145. Изнасилование – это понятие:

- а) юридическое
- б) медицинское
- в) социальное
- г) общечеловеческое

146. Закрытый перелом 2-х ребер без легочно-плевральных осложнений квалифицируется как:

- а) легкий вред здоровью
- б) вред здоровью средней степени тяжести
- в) тяжкий вред здоровью
- г) не расценивается как вред здоровью

147. Изолированный перелом наружной компактной пластинки теменной кости квалифицируется как:

- а) легкий вред здоровью
- б) вред здоровью средней степени тяжести
- в) тяжкий вред здоровью
- г) не расценивается как вред здоровью

148. Травматическая ампутация правой руки на уровне средней трети предплечья квалифицируется как:

- а) легкий вред здоровью
- б) вред здоровью средней степени тяжести
- в) тяжкий вред здоровью
- г) не расценивается как вред здоровью

149. Травматическая миопия со снижением остроты зрения от 1,0 до 0,01 на оба глаза квалифицируется как:

- а) легкий вред здоровью
- б) вред здоровью средней степени тяжести
- в) тяжкий вред здоровью
- г) не расценивается как вред здоровью

150. Вывих I-II шейных позвонков квалифицируется как:

- а) легкий вред здоровью
- б) вред здоровью средней степени тяжести
- в) тяжкий вред здоровью
- г) не расценивается как вред здоровью

151. Множественные кровоподтеки на лице квалифицируются как:

- а) легкий вред здоровью
- б) вред здоровью средней степени тяжести
- в) тяжкий вред здоровью
- г) не расценивается как вред здоровью

152. Травматическая ампутация ноги на уровне бедра квалифицируется как:

- а) легкий вред здоровью
- б) вред здоровью средней степени тяжести
- в) тяжкий вред здоровью
- г) не расценивается как вред здоровью

153. Травматическая ампутация второго пальца правой кисти у правши квалифицируется как:

- а) легкий вред здоровью
- б) вред здоровью средней степени тяжести
- в) тяжкий вред здоровью
- г) не расценивается как вред здоровью

154. Переломы дуг I-II шейных позвонков квалифицируются как:

- а) легкий вред здоровью
- б) вред здоровью средней степени тяжести
- в) тяжкий вред здоровью
- г) не расценивается как вред здоровью

155. Травматическая ампутация ушной раковины квалифицируется как:

- а) легкий вред здоровью
- б) вред здоровью средней степени тяжести
- в) тяжкий вред здоровью
- г) не расценивается как вред здоровью

156. Ссадины и кровоподтеки на передней поверхности шеи квалифицируются как:

- а) легкий вред здоровью
- б) вред здоровью средней степени тяжести
- в) тяжкий вред здоровью
- г) не расценивается как вред здоровью

157. Рубец верхнего века правого глаза, вызвавший его птоз квалифицируется как:

- а) легкий вред здоровью
- б) вред здоровью средней степени тяжести
- в) тяжкий вред здоровью
- г) не расценивается как вред здоровью

158. Травматическая ампутация, второго пальца правой кисти у левой квалифицируется как:

- а) легкий вред здоровью
- б) вред здоровью средней степени тяжести
- в) тяжкий вред здоровью
- г) не расценивается как вред здоровью

159. Повреждение бедренной артерии, не сопровождавшееся клиникой острой кровопотери квалифицируется как:

- а) легкий вред здоровью
- б) вред здоровью средней степени тяжести
- в) тяжкий вред здоровью
- г) не расценивается как вред здоровью

160. Возникновение душевной болезни следует квалифицировать как:

- а) легкий вред здоровью
- б) вред здоровью средней степени тяжести
- в) тяжкий вред здоровью
- г) не расценивается как вред здоровью

161. В судебной медицине скоропостижная смерть относится к категории:

- а) насильственной смерти
- б) ненасильственной смерти
- в) смерти от старости
- г) внезапной смерти

162. Скоропостижная смерть это:

- а) смерть, наступившая внезапно или сравнительно быстро на фоне кажущегося здоровья вследствие травматического повреждения внутренних органов
- б) смерть, наступившая внезапно или сравнительно быстро на фоне кажущегося здоровья от какого-то скрыто протекающего или остро развившегося заболевания
- в) смерть, наступившая внезапно или сравнительно быстро на фоне кажущегося здоровья вследствие полиорганной недостаточности токсического генеза
- г) смерть, наступившая внезапно или сравнительно быстро на фоне кажущегося здоровья в результате старческой дряхлости

163. В структуре причин скоропостижной смерти у взрослых ведущее место занимают болезни:

- а) сердечно-сосудистой системы
- б) центральной и периферической нервной системы
- в) пищеварительной системы
- г) дыхательной системы

164. В структуре причин скоропостижной смерти у детей ведущее место занимают болезни:

- а) сердечно-сосудистой системы
- б) центральной и периферической нервной системы
- в) пищеварительной системы
- г) дыхательной системы

165. На аутопсии для облегчения диагностики ранних стадий инфаркта миокарда применяют обработку подозрительного участка на предполагаемой границе со здоровой тканью:

- а) суданом III
- б) эозином
- в) гематоксилином
- г) пикрофуксином

166. Выделяют следующие типы изменения сердца при хронической алкогольной интоксикации:

- а) кардиомиопатия
- б) миокардиодистония
- в) кардиорестрикция
- г) миокардиомалиция

167. К осложнениям артериальной гипертензии относятся всё, кроме:

- а) кровоизлияния в ткань головного мозга
- б) инфаркта миокарда
- в) правосторонней верхнедолевой пневмонии
- г) разрыва расслаивающей аневризмы аорты

168. В клинико-морфологическом аспекте выделяют:

- а) субэпикардальный
- б) повторный инфаркт миокарда
- в) субсерозный
- г) интрамуральный

169. По локализации и распространённости в миокарде инфаркт бывает:

- а) трансмуральный
- б) острый инфаркт миокарда
- в) повторный инфаркт миокарда
- г) рецидивирующий инфаркт миокарда

170. При макроскопическом исследовании для посмертного сгустка крови характерно:

- а) гладкая и блестящая поверхность
- б) плотная консистенция
- в) с трудом извлекается из кровеносного сосуда
- г) плотной консистенции, крошится

171. При макроскопическом исследовании для тромба характерно:

- а) тусклая и шероховатая поверхность
- б) рыхлая консистенция
- в) легко и целиком извлекается из кровеносного сосуда
- г) не спаян с сосудистой стенкой

172. Источниками тромбоэмболии являются:

- а) вены нижних конечностей
- б) варикозно расширенные вены малого таза
- в) передняя межжелудочковая ветвь левой коронарной артерии
- г) сагиттальный синус

173. К морфологическим проявлениям хронической недостаточности сердца относятся:

- а) бурая индурация лёгких
- б) малокровие внутренних органов
- в) отёк лёгких
- г) признаки шунтирования кровотока в почках

174. К морфологическим проявлениям острой сердечно-сосудистой недостаточности относятся:

- а) острое венозное полнокровие внутренних органов
- б) асцит
- в) цианотическая индурация селезёнки
- г) гидроперикард

175. К причинам смерти от туберкулёза лёгких относят:

- а) деструктивные изменения в лёгких
- б) пневмофиброз
- в) кровоизлияния в ткань головного мозга
- г) вирусно-бактериальная пневмония

176. К причинам смерти при гриппе относят:

- а) геморрагических отёк лёгких
- б) язвенно-некротический трахеит
- в) лёгочное кровотечение
- г) спонтанный пневмоторакс

177. К причинам смерти при заболевании органов желудочно-кишечного тракта относят:

- а) гастродуоденальное кровотечение, обусловленное опухолью
- б) асцит
- в) отёк головного мозга
- г) трансмуральный инфаркт миокард

178. Назначение судебной экспертизы, согласно действующему уголовно-процессуальному законодательству, является обязательным при необходимости установления:

- а) причины смерти;
- б) тяжести вреда здоровью;
- в) физического и психического состояния подозреваемого, обвиняемого, потерпевшего или свидетеля;
- г) возраста подозреваемого, обвиняемого или потерпевшего.

179. Основанием для производства судебно-медицинской экспертизы является:

- а) постановления органов следствия;
- б) направления лечебного учреждения;
- в) постановления органов дознания;

г) предложение учреждения медицинского страхования.

180. Объектами судебно-медицинской экспертизы являются:

- а) живые лица (потерпевшие, подозреваемые и прочие);
- б) трупы людей;
- в) вещественные доказательства;
- г) медицинская документация;

181. Судебно-медицинская экспертиза может проводиться:

- а) экспертом единолично;
- б) группой экспертов различных областей знаний;
- в) группой экспертов разных медицинских специальностей;
- г) группой экспертов, включающих как врачей, так и представителей других профессий.

182. В состав судебно-медицинской комиссии могут входить:

- а) главный областной, краевой или республиканский судебно-медицинский эксперт;
- б) опытные судебно-медицинские эксперты;
- в) ведущие специалисты-клиницисты;
- г) представители правоохранительных органов.

183. В компетенцию судебно-медицинской экспертной комиссии входит:

- а) установление причины смерти;
- б) решение вопросов о правильности диагностики и лечения больного;
- в) определение механизма и последовательности образования повреждений;
- г) установление вида травмирующего предмета.

184. Бюро судебно-медицинской экспертизы имеются в:

- а) в Москве и С.-Петербурге;
- б) каждой автономной республике;
- в) каждой области (крае);
- г) каждом крупном районном центре.

185. Прерогатива оценки заключения эксперта принадлежит:

- а) прокурору;
- б) адвокату;
- в) следователю;
- г) суду.

186. В бюро судебно-медицинской экспертизы предусмотрены:

- а) отдел судебно-медицинской экспертизы трупов;
- б) отдел судебно-медицинской экспертизы потерпевших, обвиняемых и др. лиц;
- в) судебно-медицинская лаборатория;
- г) судебно-биологический отдел.

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

- а) проведение клинко-анатомических конференций;
- б) выявление острых инфекционных заболеваний;
- в) эпидемиологический анализ травматизма, отравлений, скоропостижной смерти;
- г) санитарно-просветительная работа.

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

- а) фельдшера с большим стажем работы;
- б) терапевты;
- в) акушеры-гинекологи;
- г) педиатры;
- д) студенты-старшекурсники;
- е) хирурги.

189. Судебно-медицинский эксперт имеет право на:

- а) знакомится с материалами дела, относящимися к предмету экспертизы;
- б) допрашивать подозреваемого или обвиняемого;
- в) запрашивать дополнительные материалы по делу;
- г) проводить следственные эксперименты.

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

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

191. Эксперт при производстве экспертизы трупа может разрешить присутствие:

- а) родственников умершего;
- б) следователя прокуратуры;
- в) работников дознания;
- г) адвоката;
- д) ритуального агента.

192. При производстве экспертизы эксперт:

- а) лицо независимое;
- б) лицо зависимое от суда, органов дознания и следствия;
- в) лицо независимое от суда, зависимое от органов дознания и следствия.

193. Назовите основные виды экспертиз:

- а) первичная;
- б) вторичная;
- в) дополнительная;
- г) повторная;
- д) комиссионная;
- е) групповая;
- ж) комплексная;
- з) коллективная.

194. При вынесении постановления о назначении судебно-медицинской экспертизы результаты экспертизы оформляются в виде:

- а) акта судебно-медицинского исследования (освидетельствования);
- б) заключения эксперта;
- в) протокола судебно-медицинского исследования;
- г) выписки из экспертизы трупа.

195. При недостаточной ясности, неполноте заключения или выяснении новых обстоятельств дела назначается:

- а) первичная;
- б) вторичная;
- в) дополнительная;
- г) повторная;
- д) комиссионная;
- е) комплексная.

196. При сомнениях в правильности или обоснованности ранее данного заключения назначается:

- а) первичная;
- б) вторичная;
- в) дополнительная;
- г) повторная;
- д) комиссионная;
- е) комплексная.

197. Проведение комиссионной судебно-медицинской экспертизы является обязательным при производстве:

- а) первичной экспертизы;
- б) повторной экспертизы;
- в) дополнительной экспертизы;
- г) экспертизы по оценке деятельности медицинских работников («врачебные дела»).

198. К поздним трупным явлениям относятся:

- а) Мумификация;
- б) Трупное окоченение;
- в) Гниение;
- г) Жировоск;
- д) Разрушение трупа представителями энтомофауны.

199. Какой механизм образования трупных пятен:

- а) Посмертное перемещение крови в ниже лежащие отделы;
- б) Падение тонуса стенок кровеносных сосудов;
- в) Изменение физико-химических свойств крови.

200. Стадия гипостаза характеризуется:

- а) Ослаблением окраски трупного пятна и медленным восстановлением;
- б) Полным исчезновением при надавливании и быстрым восстановлением окраски; трупного пятна
- в) Трупное пятно не изменяется при надавливании.

201. Каталептическое окоченение возникает при:

- а) Острое отравление ядами или токсическими веществами;
- б) Механической асфиксии;
- в) При повреждении продолговатого мозга.

202. Трупное окоченение после смерти возникает через:

- а) 5-10 минут;
- б) 2-4 часа;
- в) 8-12 часов.

203. Через какое время разрушаются связки и хрящи трупа:

- а) Через 10-12 месяцев;
- б) Через 1-3 года;
- в) Через 3-6 лет.

204. Какова сущность процесса гниения:

- а) Гниение белков;
- б) Высыхание;
- в) Омыление жиров.

205. Какого цвета пятна при отравлении метгемоглобинообразующими ядами:

- а) Коричневого;
- б) Сине-багрового;
- в) Розового.

206. На сколько градусов в час снижается температура тела после смерти?

- а) На 1 градус;
- б) На 2-3 градуса;
- в) На 5 градусов.

207. На трупе обнаружены куколки мух. Давность смерти?

- а) 2-3 дня;
- б) 6-14 дней;
- в) 20-25 дней.

208. К поздним трупным явлениям относятся:

- а) Мумификация;
- б) Трупное окоченение;
- в) Гниение;
- г) Жировоск;
- д) Разрушение трупа представителями энтомофауны.

209. При разрезе в области трупного пятна капли крови не выступают, ткань равномерно окрашена. Имеет место стадия:

- г) гипостаза;
- д) стаза;
- е) имбибиции.

210. Выраженное трупное окоченение всех мышц определяется через:

- г) 2-4 часа;
- д) 10-12 часов;
- е) 24-36 часов.

211. Трупное пятно от кровоподтека позволяют отличить следующие признаки:

- г) Ограниченная сине-багровая окраска кожи;
- д) Расположение в ниже лежащих частях тела и отсутствие их в местах опоры трупа;
- е) Наличие крови и свертков в окружающих тканях;
- ж) Наличие крови только в сосудах.

212. Грязно-зеленое окрашивание кожных покровов при гниении обусловлено:

- г) Образование метгемоглобина;
- д) Гемолизом крови и пропитыванием ею тканей;
- е) За счет образования сернистого железа.

213. Значение трупного окоченения состоит в следующем:

- г) Является одним из ранних и абсолютных признаков наступления смерти;
- д) Позволяет ориентировочно судить о времени наступления смерти;
- е) Позволяет ориентировочно судить об изменении положения тела после смерти.

214. Какие условия необходимы для мумификации:

- г) Повышенная температура воздуха;
- д) Повышенная влажность;
- е) Достаточная вентиляция.

215. Через какое время разрушаются мягкие ткани трупа:

- г) Через 6-8 месяцев;
- д) Через 2-3 года;
- е) Через 3-4 суток.

216. Труп после насильственной смерти перевернули на спину. Трупные пятна переместились на заднюю поверхность тела. Сколько часов прошло после наступления смерти:

- г) 4-8 часов;
- д) 12-16 часов;
- е) 24 часа.

217. На трупе обнаружены куколки мух. Давность смерти?

- г) 2-3 дня;
- д) 6-14 дней;
- е) 20-25 дней.

218. К консервирующим трупным явлениям относятся:

- е) Гниение;
- ж) Жировоск;
- з) Мумификация;
- и) Высыхание;
- к) Гнилостная эмфизема.

219. Где располагаются трупные пятна на теле вертикально висящего в петле трупа:

- ж) На спине, ягодицах и задних поверхностях конечностей;
- з) На лице, шее, передней поверхности туловища;
- и) На кистях рук, предплечьях, нижней части туловища и нижних конечностях.

220. С момента наступления смерти прошло 12-14 часов. Труп, лежавший лицом вниз, перевернули на спину. Что произойдет с трупными пятнами:

- ж) Переместятся на заднюю поверхность тела;
- з) Сохранятся только на передней поверхности тела;
- и) Сохранятся на передней поверхности и появятся на задней.

221. Какого цвета пятна при остром отравлении окисью азота:

- а) Сине-багрового
- б) Коричневого
- в) Розового

222. Разрешение трупного окоченения и полное его исчезновение происходит в промежутке:

- а) 12-24 часа
- б) 24-48 часа
- в) Начало 5 суток

223. На трупе обнаружены яйца и личинки мух. Давность смерти?

- ж) 4-6 часов;
- з) 24-48 часов;
- и) 3-4 суток.

224. Гнилостные пятна появляются раньше:

- ж) На лице и шее
- з) В подвздошных областях
- и) На бедрах и голени.

225. Какой процесс лежит в основе мумификации:

- ж) Гниение белков;
- з) Высыхание;
- и) Омыление жиров.

226. Какого цвета пятна при отравлении метгемоглобинообразующими ядами:

- а) Коричневого;
- б) Сине-багрового;
- в) Розового.

227. На сколько градусов в час снижается температура тела после смерти?

- ж) На 1 градус;
- з) На 2-3 градуса;
- и) На 5 градусов.

228. Охлаждение трупа начинается через:

- л) 5-10 минут;
- м) 30-60 минут;
- н) Через час.

229. Трупное пятно от кровоподтека позволяют отличить следующие признаки:

- з) Ограниченная сине-багровая окраска кожи;
- и) Расположение в ниже лежащих частях тела и отсутствие их в местах опоры трупа;
- к) Наличие крови и свертков в окружающих тканях;
- л) Наличие крови только в сосудах.

230. Трупные пятна расположены на передней и задней поверхностях тела, одинаково выражены. Через какое время после наступления смерти труп был перевернут?

- а) 4-6 часов
- б) 12-18 часов
- в) 24-48 часов

231. К ранним трупным явлениям относятся:

- а) Мумификация;
- б) Трупные пятна;
- в) Трупное окоченение;

- г) Высыхание;
- д) Эмфизема трупа.

232. В каком порядке происходит трупное окоченение:

- ж) Нижние конечности, туловище, мышцы лица;
- з) мышцы лица, конечности, туловище;
- и) мышцы лица, нижние конечности, туловище;

233. На сколько градусов в час снижается температура тела после смерти?

- к) На 1 градус;
- л) На 2-3 градуса;
- м) На 5 градусов.

234. Первые признаки гниения при температуре 18С обычно появляются.:

- ж) Через 12-24 часа;
- з) На 2-3 сутки;
- и) На 5-6 сутки.

235. При какой причине смерти трупные пятна выражены более интенсивно:

- к) При механической асфиксии при повешении;
- л) При резаной ране шеи с повреждением крупных сосудов;
- м) При крупозной пневмонии.

236. Какие условия благоприятны для жировоска:

- к) Высокая влажность, невентилируемая среда;
- л) Высокая влажность, при хорошей вентиляции;
- м) Сухая пористая почва.

237. Где располагаются трупные пятна на теле вертикально висящего в петле трупа:

- к) На спине, ягодицах и задних поверхностях конечностей;
- л) На лице, шее, передней поверхности туловища;
- м) На кистях рук, предплечьях, нижней части туловища и нижних конечностях.

238. Через какой промежуток времени температура трупа приближается к окружающей (18 С) среды:

- о) 2-4 часа;
- п) К 24 часам
- р) К концу 2х суток

239. Какие условия необходимы для мумификации:

- н) Повышенная температура воздуха;
- о) Повышенная влажность;
- п) Достаточная вентиляция.

240. При какой причине смерти трупные пятна выражены более интенсивно:

- н) При механической асфиксии при повешении;
- о) При резаной ране шеи с повреждением крупных сосудов;
- п) При крупозной пневмонии.

241. Гниlostные пятна раньше появляются в области:

- е) Лица и шеи
- ж) Правой подвздошной

з) На нижних конечностях

242. Разрешение трупного окоченения происходит:

- г) Беспорядочно
- д) По восходящему типу
- е) В том же порядке, в котором начиналось.

243. Трупное окоченение сильнее развито у:

- н) Трупа новорожденного
- о) Трупа мужчины с сильно развитой мускулатурой
- п) Трупа истощенного человека.

244. Через какое время после наступления смерти все тело приобретает грязно-зеленую окраску?

- к) 1-2 дня;
- л) 2-4 дня;
- м) 12-14 дней.

245. Через какое время разрушаются мягкие ткани трупа:

- а) Через 6-8 месяцев;
- б) Через 2-3 года;
- в) Через 3-4 суток.

246. На трупе обнаружены яйца и личинки мух. Давность смерти?

- к) 4-6 часов;
- л) 24-48 часов;
- м) 3-4 суток.

247. Грязно-зеленое окрашивание кожных покровов при гниении обусловлено:

- к) Образование метгемоглобина;
- л) Гемолизом крови и пропитыванием ею тканей;
- м) За счет образования сернистого железа.

248. К консервирующим трупным явлениям относятся:

- с) Гниение;
- т) Жировоск;
- у) Мумификация;
- ф) Высыхание;
- х) Гнилостная эмфизема.

249. Какие условия необходимы для мумификации:

- р) Повышенная температура воздуха;
- с) Повышенная влажность;
- т) Достаточная вентиляция.

250. Пергаментное пятно-это:

- р) Участки поврежденного эпидермиса, с последующим высыханием
- с) Одна из стадий трупных пятен
- т) Участки высыхания с темной уплотненной кожей

251. Пятна Ларше возникают при:

- и) Положение трупа лицом вниз

- к) При открытых глазах трупа
- л) При переполнении соединительных оболочек глаза кровью.

252. При равных условиях, охлаждение быстрее произойдет:

- ж) Трупа ребенка
- з) Трупа взрослого человека
- и) Трупа истощенного человека.

253. При каком виде смерти имеет место раннее появление трупных пятен через 30-60 минут:

- р) Смерть от острой кровопотери
- с) При остром отравлении мышьяком
- т) При переохлаждении.

254. С момента наступления смерти прошло 36 часов. Труп, лежавший лицом вниз, перевернули на спину. Что произойдет с трупными пятнами:

- к) Переместятся на заднюю поверхность тела;
- л) Сохранятся только на передней поверхности тела;
- м) Сохранятся на передней поверхности и появятся на задней.

255. Трупное окоченение слабо выражено при:

- н) Смерть от острой кровопотери
- о) При судорожном синдроме
- п) При длительных хронических истощающих заболеваниях.

256. Разрешение трупного окоченения и полное его исчезновение происходит в промежутке:

- а) 12-24 часа
- б) 24-48 часа
- в) Начало 5 суток

257. Какой труп быстрее подвергается гниению в равных условиях?:

- а) Труп тучного человека;
- б) Трупа истощенного человека.
- в) Трупа погибшего от сепсиса

258. Охлаждение трупа начинается через:

- ц) 5-10 минут;
- ч) 30-60 минут;
- ш) Через час.

259. Гнилостные пятна раньше появляются в области:

- м) Лица и шеи
- н) Правой подвздошной
- о) На нижних конечностях

260. Какой механизм образования трупных пятен:

- н) Посмертное перемещение крови в ниже лежащие отделы;
- о) Падение тонуса стенок кровеносных сосудов;
- п) Изменение физико-химических свойств крови.

261. Трупное окоченение сильнее развито у:

- у) Трупа новорожденного

- ф) Труп мужчины с сильно развитой мускулатурой
- х) Труп истощенного человека.

262. При каком виде смерти имеет место раннее появление трупных пятен через 30 минут:

- ц) Смерть от острой кровопотери
- ч) При остром отравлении мышьяком
- ш) При переохлаждении.

263. Через какое время разрушаются мягкие ткани трупа:

- г) Через 6-8 месяцев;
- д) Через 2-3 года;
- е) Через 3-4 суток.

264. Первые признаки гниения при температуре 18 С обычно появляются через:

- ж) Через 12-24 часа;
- з) На 2-3 сутки;
- и) На 5-6 сутки..

265. Грязно-зеленое окрашивание кожных покровов при гниении обусловлено:

- н) Образование метгемоглобина;
- о) Гемолизом крови и пропитыванием ею тканей;
- п) За счет образования сернистого железа.

266. Какие условия необходимы для мумификации:

- у) Повышенная температура воздуха;
- ф) Повышенная влажность;
- х) Достаточная вентиляция.

267. Какой труп быстрее подвергается гниению в равных условиях?:

- г) Труп тучного человека;
- д) Труп истощенного человека.
- е) Труп погибшего от сепсиса

268. К поздним трупным явлениям относятся:

- щ) Мумификация;
- ы) Трупное окоченение;
- э) Гниение;
- ю) Жировоск;
- я) Разрушение трупа представителями энтомофауны.

269. В какой среде труп загнивает быстрее:

- ц) На воздухе
- ч) В воде
- ш) В земле.

270. Стадия гипостаза характеризуется:

- н) Ослаблением окраски трупного пятна и медленным восстановлением;
- о) Полным исчезновением при надавливании и быстрым восстановлением окраски; трупного пятна
- п) Трупное пятно не изменяется при надавливании.

271. Первые признаки гниения при комнатной температуре обычно появляются через:

- к) Через 12-24 часа;
- л) 24-48 часов;
- м) Свыше 3х суток.

272. Трупное окоченение после смерти возникает через:

- р) 5-10 минут;
- с) 2-4 часа;
- т) 8-12 часов.

273. Какие условия необходимы для мумификации:

- а) Повышенная температура воздуха;
- б) Повышенная влажность;
- в) Достаточная вентиляция.

274. Какова сущность процесса гниения:

- у) Гниение белков;
- ф) Высыхание;
- х) Омыление жиров.

275. Грязно-зеленое окрашивание кожных покровов при гниении обусловлено:

- а) Образование метгемоглобина;
- б) Гемолизом крови и пропитыванием ею тканей;
- в) За счет образования сернистого железа.

276. На сколько градусов в час снижается температура тела после смерти?

- щ) На 1 градус;
- ы) На 2-3 градуса;
- э) На 5 градусов.

277. Гнилостные пятна раньше появляются в области:

- п) Лица и шеи
- р) Правой подвздошной
- с) На нижних конечностях

278. Трупное пятно от кровоподтека позволяют отличить следующие признаки:

- м) Ограниченная сине-багровая окраска кожи;
- н) Расположение в ниже лежащих частях тела и отсутствие их в местах опоры трупа;
- о) Наличие крови и свертков в окружающих тканях;
- п) Наличие крови только в сосудах.

279. Охлаждение трупа начинается через:

- а) 5-10 минут;
- б) 30-60 минут;
- в) Через час.

280. К ранним трупным явлениям относятся:

- т) Мумификация;
- у) Трупные пятна;
- ф) Трупное окоченение;
- х) Высыхание;
- ц) Эмфизема трупа.

281. Трупные пятна расположены на передней и задней поверхностях тела, одинаково выражены. Через какое время после наступления смерти труп был перевернут?
- г) 4-6 часов
 - д) 12-18 часов
 - е) 24-48 часов
282. Первые признаки гниения при температуре 18 С обычно появляются через:
- н) Через 12-24 часа;
 - о) На 2-3 сутки;
 - п) На 5-6 сутки.
283. В каком порядке происходит трупное окоченение:
- у) Нижние конечности, туловище, мышцы лица;
 - ф) мышцы лица, конечности, туловище;
 - х) мышцы лица, нижние конечности, туловище;
284. При какой причине смерти трупные пятна выражены более интенсивно:
- ц) При механической асфиксии при повешании;
 - ч) При резаной ране шеи с повреждением крупных сосудов;
 - ш) При крупозной пневмонии.
285. На сколько градусов в час снижается температура тела после смерти?
- ю) На 1 градус;
 - я) На 2-3 градуса;
 - аа) На 5 градусов.
286. Где располагаются трупные пятна на теле вертикально висящего в петле труп:
- р) На спине, ягодицах и задних поверхностях конечностей;
 - с) На лице, шее, передней поверхности туловища;
 - т) На кистях рук, предплечьях, нижней части туловища и нижних конечностях.
287. Какие условия благоприятны для жировоска:
- щ) Высокая влажность, неветилируемая среда;
 - ы) Высокая влажность, при хорошей вентиляции;
 - э) Сухая пористая почва.
288. При разрезе в области трупного пятна капли крови не выступают, ткань равномерно окрашена. Имеет место стадия:
- у) гипостаза;
 - ф) стаза;
 - х) имбибиции.
289. К поздним трупным явлениям относятся:
- аа) Мумификация;
 - бб) Трупное окоченение;
 - вв) Гниение;
 - гг) Жировоск;
 - дд) Разрушение трупа представителями энтомофауны
290. Трупное пятно от кровоподтека позволяют отличить следующие признаки:
- р) Ограниченная сине-багровая окраска кожи;
 - с) Расположение в ниже лежащих частях тела и отсутствие их в местах опоры трупа;
 - т) Наличие крови и свертков в окружающих тканях;

у) Наличие крови только в сосудах.

291. Выраженное трупное окоченение всех мышц определяется через:

- р) 2-4 часа;
- с) 10-12 часов;
- т) 24-36 часов.

292. Значение трупного окоченения состоит в следующем:

- щ) Является одним из ранних и абсолютных признаков наступления смерти;
- ы) Позволяет ориентировочно судить о времени наступления смерти;
- э) Позволяет ориентировочно судить об изменении положения тела после смерти.

293. Грязно-зеленое окрашивание кожных покровов при гниении обусловлено:

- ц) Образование метгемоглобина;
- ч) Гемолизом крови и пропитыванием ею тканей;
- ш) За счет образования сернистого железа.

294. Через какое время разрушаются мягкие ткани трупа:

- р) Через 6-8 месяцев;
- с) Через 2-3 года;
- т) Через 3-4 суток.

295. Какие условия необходимы для мумификации:

- ю) Повышенная температура воздуха;
- я) Повышенная влажность;
- аа) Достаточная вентиляция.

296. На трупе обнаружены куколки мух. Давность смерти?

- н) 2-3 дня;
- о) 6-14 дней;
- п) 20-25 дней.

297. Труп после насильственной смерти перевернули на спину. Трупные пятна переместились на заднюю поверхность тела. Сколько часов прошло после наступления смерти:

- а) 4-8 часов;
- б) 12-16 часов;
- в) 24 часа.

298. В основе механической гипоксии лежит гипоксия:

- а) тканевая;
- б) циркуляторная;
- в) гемическая;
- г) смешанная;
- д) респираторная.

299. Кожу из области странгуляционной борозды наиболее целесообразно направить на следующее исследование:

- а) химическое;
- б) биологическое;
- в) бактериологическое;
- г) гистологическое.

300. Диагностическое значение при утоплении имеет обнаружение планктона в органах и тканях, кроме:

- а) крови;

- б) почек;
- в) печени;
- г) костного мозга
- д) легких.

301. Странгуляционную борозду следует дифференцировать от:

- а) естественных складок кожи;
- б) проявлений гнилостной трансформации трупа;
- в) участков кожи, подвергшихся сдавлению частями одежды;
- г) участков опрелостей на шее.

302. Образование пятен Тардые обусловлено:

- а) резкими колебаниями артериального давления;
- б) понижением давления в плевральных полостях;
- в) повышением проницаемости сосудистой стенки;
- г) жидким состоянием крови.

303. Какой из наружных признаков на трупе, извлеченном из воды, свидетельствует о прижизненном попадании в воду:

- а) стойкая пена вокруг отверстий носа и рта;
- б) «гусиная кожа»;
- в) сморщивание и повеление кожи на ладонях и стопах.

304. Танатогенез асфиксии сопровождается:

- а) развитием тканевого ацидоза;
- б) развитием тканевого алкалоза ;
- в) снижением концентрации кислорода в тканях;
- г) накоплением углекислоты в тканях.

305. Характер субсерозных кровоизлияний при странгуляционной асфиксии:

- а) бледно-красного цвета, расплывчатые в виде полосок;
- б) темно-красные, крупнопятнистые;
- в) точечные, темно-красные.

306. В какой части шеи располагается странгуляционная борозда при повешении:

- а) ниже уровня щитовидного хряща;
- б) выше уровня щитовидного хряща;
- в) на уровне щитовидного хряща.

307. При подозрении на утопление на диатомовый анализ целесообразно направлять:

- а) печень;
- б) легкое;
- в) почку;
- г) костный мозг.

308. Кровоизлияния в межпозвонковые диски при повешении обнаруживаются (признак Симона):

- а) в шейном отделе;
- б) в грудном отделе;
- в) в поясничном отделе.

309. «Отпечатки» ребер на легких наиболее характерны для:

- а) утопления;
- б) переохлаждения;
- в) повешения;
- г) удушения петлей;
- д) удушения руками.

310. В случаях повешения врач-специалист в области судебной медицины должен отметить:

- а) наличие и расположение подставки относительно ног;
- б) расстояние от подошв до опоры;
- в) положение тела;
- г) расстояние от места прикрепления свободного конца петли до ее узла на шее.

311. Степень выраженности странгуляционной борозды на шее зависит от:

- а) положения тела;
- б) материала петли;
- в) вида странгуляционной асфиксии;
- г) длительности сдавления шеи;
- д) продолжительности постмортального периода.

312. Признаками прижизненного сдавления шеи являются:

- а) жировая эмболия легких;
- б) анизокория;
- в) наличие кровоизлияний в местах прикрепления грудино-ключично-сосцевидных мышц;
- г) заброс эритроцитов в регионарные лимфоузлы.

313. Через сколько времени теряется сознание в процессе механической асфиксии:

- а) к концу 1-2 минуты;
- б) к концу 3-4 минуты;
- в) к концу 5-6 минуты.

314. Каково кровенаполнение полостей сердца при асфиксии:

- а) крови в полостях сердца мало;
- б) переполнена кровью левая половина сердца;
- в) резко переполнены кровью оба желудочка сердца;
- г) переполнена кровью правая половина сердца.

315. В каком случае применим термин «смерть в воде»:

- а) во время купания у больного гипертонической болезнью произошло кровоизлияние в мозг, и он погрузился под воду;
- б) обессиливший пловец не справился с течением и утонул;
- в) человек в сильной степени алкогольного опьянения не смог выбраться на берег и утонул.

316. Какие признаки позволяют судить о длительности пребывания трупа в воде:

- а) мацерация кожных покровов;
- б) степень кровенаполнения внутренних органов;
- в) трупные пятна.

317. Особенности странгуляционной борозды при повешении в петле:

- а) буро-коричневый цвет, плотность;
- б) незамкнутость, неравномерная глубина;
- в) замкнутость, равномерная глубина;
- г) косовосходящее направление;
- д) горизонтальное направление.

318. Особенности странгуляционной борозды при повешении в петле:

- а) буро-коричневый цвет, плотность;
- б) незамкнутость, неравномерная глубина;
- в) замкнутость, равномерная глубина;
- г) косовосходящее направление;
- д) горизонтальное направление.

319. Отрицательный результат пробы Бокариуса свидетельствует о:

- а) о посмертном происхождении странгуляционной борозды;
- б) о прижизненности странгуляционной борозды;
- в) доказательного значения не имеет.

320. Морфологические признаки компрессионной асфиксии:

- а) интенсивный цвет трупных пятен;
- б) экхимотическая маска;
- в) острая эмфизема легких;
- г) карминовый отек легких;
- д) гипервенозный характер крови.

321. Признак Амюсса встречается при:

- а) повешении в петле;
- б) удушении петлей;
- в) удушении руками.

322. К общеасфигмическим признакам относятся:

- а) переполнение кровью правой половины сердца;
- б) жидкая темная кровь;
- в) интенсивный цвет трупных пятен;
- г) полнокровие внутренних органов;
- д) экхимозы под серозными оболочками и в конъюнктивах;

323. Асфигмический процесс завершается смертью в течение:

- а) 1-2 минут;
- б) 4-5 минут;
- в) 8-10 минут;
- г) 10-15 минут;
- д) 30 минут.

324. Варианты положения тела при повешении:

- а) лежащее;
- б) висящее;
- в) лежащее;
- г) висящее с частичной опорой на ноги;
- д) на коленях.

325. Патогномоничные признаки для «истинного» типа утопления:

- а) отек стенки и ложа желчного пузыря;
- б) воздушная эмболия левого отдела сердца;
- в) наличие планктона в костномозговом канале длинных трубчатых костей;
- г) мелкопузырчатая пена у рта, носа и дыхательных путей;
- д) полосчатые кровоизлияния под плеврой (пятна Пальтауфа-Рассказова-Лукомского).

326. Стойкая мелкопузырчатая пена у рта, носа и в дыхательных путях наблюдается при следующем типе утопления:

- а) аспирационном (истинном);
- б) спастическом (асфигмическом);
- в) рефлекторном (синкопальном);
- г) смешанном.

327. Диагностическая тетрада при смерти от утопления (по В.А. Свешникову):

- а) жидкость в пазухе основной кости;
- б) воздушная эмболия левого отдела сердца;
- в) острая эмфизема легких;
- г) нахождение эритроцитов в грудном лимфатическом протоке (лимфогемия);
- д) жидкость в желудке и начальных отделах кишечника.

328. Положительный результат пробы Бокариуса свидетельствует о:

- а) о посмертном происхождении странгуляционной борозды;
- б) о прижизненности странгуляционной борозды;
- в) доказательного значения не имеет.

329. При закрытии отверстий носа и рта мягкими предметами повреждения образуются:

- а) на языке;
- б) на коже в окружности рта и носа;
- в) на слизистой оболочке ротовой полости и губах;
- г) в области надгортанника;

330. При удушении петлей подкожные кровоизлияния в странгуляционной борозде образуются:

- а) по верхнему краю;
- б) по обоим краям в одинаковой степени;
- в) по нижнему краю.

331. Фазы асфиктического процесса:

- а) инспираторная отдышка;
- б) экспираторная отдышка;
- в) терминальное дыхание;
- г) судорожное дыхание;
- д) остановка дыхания.

332. Обнаружение в просвете крупных сосудов рыхлых красных свертков свидетельствует о:

- а) длительной агонии;
- б) коротком агональном периоде;
- в) смерти без агонального периода.

333. При повешении в петле кровоизлияния в странгуляционной борозде образуются:

- а) по верхнему краю;
- б) по нижнему краю;
- в) по обоим краям в одинаковой степени.

334. Расположение узла скользящей петли на шее при типичном повешении:

- а) сбоку слева;
- б) сбоку справа;
- в) сзади;
- г) спереди.

335. Патогномоничные признаки для «асфиктического» типа утопления:

- а) жидкость в пазухе основной кости;
- б) увеличение объема легких;
- в) истончение и разрывы межальвеолярных перегородок с кровоизлиянием в ткань легкого;
- г) стойкая мелкопузырчатая пена у рта, носа и в дыхательных путях;
- д) воздушная эмболия в пазухе основной кости.

336. Пятна Пальтауфа-Рассказова-Лукомского под легочной плеврой наблюдаются при следующих типах утопления:

- а) аспирационном (истинном);
- б) спастическом (асфиктическом);
- в) рефлекторном (синкопальном);
- г) смешанном.

337. Достоверными признаками прижизненного утопления является обнаружение планктона в:

- а) ткани легкого;
- б) почках;
- в) крови из полости сердца;
- г) костномозговом канале длинных трубчатых костей;
- д) жидкость в пазухе основной кости.

338. Какой из наружных признаков на трупе, извлеченном из воды, свидетельствует о прижизненном попадании в воду:

- а) «гусиная кожа»;
- б) сморщивание и повеление кожи на ладонях и стопах;
- в) стойкая пена вокруг рта.

339. Танатогенез асфиксии сопровождается:

- а) развитием тканевого ацидоза;
- б) развитием тканевого алкалоза ;
- в) снижением концентрации кислорода в тканях;
- г) накоплением углекислоты в тканях.

340. Характер субсерозных кровоизлияний при странгуляционной асфиксии:

- а) бледно-красного цвета, расплывчатые в виде полосок;
- б) темно-красные, крупнопятнистые;
- в) точечные, темно-красные.

341. В какой части шеи располагается странгуляционная борозда при повешении:

- а) ниже уровня щитовидного хряща;
- б) выше уровня щитовидного хряща;
- в) на уровне уровня щитовидного хряща.

342. При подозрении на утопление на диатомовый анализ целесообразно направлять:

- а) печень;
- б) легкое;
- в) почку;
- г) костный мозг.

343. В основе механической гипоксии лежит гипоксия:

- а) тканевая;
- б) циркуляторная;
- в) гемическая;
- г) смешанная;
- д) респираторная.

344. Кожу из области странгуляционной борозды наиболее целесообразно направить на следующее исследование:

- а) химическое;
- б) биологическое;

- в) бактериологическое;
- г) гистологическое.

345. Диагностическое значение при утоплении имеет обнаружение планктона в органах и тканях, кроме:

- а) крови;
- б) почек;
- в) печени;
- г) костного мозга
- д) легких.

346. Странгуляционную борозду следует дифференцировать от:

- а) естественных складок кожи;
- б) проявлений гнилостной трансформации трупа;
- в) участков кожи, подвергшихся сдавлению частями одежды;
- г) участков опрелостей на шее.

347. Образование пятен Тардые обусловлено:

- а) резкими колебаниями артериального давления;
- б) понижением давления в плевральных полостях;
- в) повышением проницаемости сосудистой стенки;
- г) жидким состоянием крови.

348. Через сколько времени теряется сознание в процессе механической асфиксии:

- а) к концу 1-2 минуты;
- б) к концу 3-4 минуты;
- в) к концу 5-6 минуты.

349. Каково кровенаполнение полостей сердца при асфиксии:

- а) крови в полостях сердца мало;
- б) переполнена кровью левая половина сердца;
- в) резко переполнены кровью оба желудочка сердца;
- г) переполнена кровью правая половина сердца.

350. В каком случае применим термин «смерть в воде»:

- а) во время купания у больного гипертонической болезнью произошло кровоизлияние в мозг, и он погрузился под воду;
- б) обессиливший пловец не справился с течением и утонул;
- в) человек в сильной степени алкогольного опьянения не смог выбраться на берег и утонул.

351. Какие признаки позволяют судить о длительности пребывания трупа в воде:

- а) мацерация кожных покровов;
- б) степень кровенаполнения внутренних органов;
- в) трупные пятна.

352. Особенности странгуляционной борозды при повешении в петле:

- а) буро-коричневый цвет, плотность;
- б) незамкнутость, неравномерная глубина;
- в) замкнутость, равномерная глубина;
- г) косовосходящее направление;
- д) горизонтальное направление.

353. В основе механической гипоксии лежит гипоксия:

- а) тканевая;
- б) циркуляторная;
- в) гемическая;
- г) смешанная;
- д) респираторная.

354. Кожу из области странгуляционной борозды наиболее целесообразно направить на следующее исследование:

- а) химическое;
- б) биологическое;
- в) бактериологическое;
- г) гистологическое.

355. Диагностическое значение при утоплении имеет обнаружение планктона в органах и тканях, кроме:

- а) крови;
- б) почек;
- в) печени;
- г) костного мозга
- д) легких.

356. Странгуляционную борозду следует дифференцировать от:

- а) естественных складок кожи;
- б) проявлений гнилостной трансформации трупа;
- в) участков кожи, подвергшихся сдавлению частями одежды;
- г) участков опрелостей на шее.

357. Образование пятен Тардые обусловлено:

- а) резкими колебаниями артериального давления;
- б) понижением давления в плевральных полостях;
- в) повышением проницаемости сосудистой стенки;
- г) жидким состоянием крови.

358. Особенности странгуляционной борозды при удавлении в петле:

- а) буро-коричневый цвет, плотность;
- б) незамкнутость, неравномерная глубина;
- в) замкнутость, равномерная глубина;
- г) косовосходящее направление;
- д) горизонтальное направление.

359. Отрицательный результат пробы Бокариуса свидетельствует о:

- а) о посмертном происхождении странгуляционной борозды;
- б) о прижизненности странгуляционной борозды;
- в) доказательного значения не имеет.

360. Морфологические признаки компрессионной асфиксии:

- а) интенсивный цвет трупных пятен;
- б) экхимотическая маска;
- в) острая эмфизема легких;
- г) карминовый отек легких;
- д) гипервенозный характер крови.

361. Признак Амюсса встречается при:

- а) повешении в петле;
- б) удавлении петлей;
- в) удавлении руками.

362. К общеасфиктическим признакам относятся:

- а) переполнение кровью правой половины сердца;
- б) жидкая темная кровь;

в) интенсивный цвет трупных пятен;

г) полнокровие внутренних органов;

д) экхимозы под серозными оболочками и в конъюктивах;

363. При повешении в петле кровоизлияния в странгуляционной борозде образуются:

а) по верхнему краю;

б) по нижнему краю;

в) по обоим краям в одинаковой степени.

364. Расположение узла скользящей петли на шее при типичном повешении:

а) сбоку слева;

б) сбоку справа;

в) сзади;

г) спереди.

365. Патогномоничные признаки для «асфиктического» типа утопления:

а) жидкость в пазухе основной кости;

б) увеличение объема легких;

в) истончение и разрывы межальвеолярных перегородок с кровоизлиянием в ткань легкого;

г) стойкая мелкопузырчатая пена у рта, носа и в дыхательных путях;

д) воздушная эмболия в пазухе основной кости.

366. Пятна Пальтауфа-Рассказова-Лукомского под легочной плеврой наблюдаются при следующих типах утопления:

а) аспирационном (истинном);

б) спастическом (асфиктическом);

в) рефлекторном (синкопальном);

г) смешанном.

367. Достоверными признаками прижизненного утопления является обнаружение планктона в:

а) ткани легкого;

б) почках;

в) крови из полости сердца;

г) костномозговом канале длинных трубчатых костей;

д) жидкость в пазухе основной кости.

368. Положительный результат пробы Бокариуса свидетельствует о:

а) о посмертном происхождении странгуляционной борозды;

б) о прижизненности странгуляционной борозды;

в) доказательного значения не имеет.

369. При закрытии отверстий носа и рта мягкими предметами повреждения образуются:

а) на языке;

б) на коже в окружности рта и носа;

в) на слизистой оболочке ротовой полости и губах;

г) в области надгортанника;

370. При удавлении петель подкожные кровоизлияния в странгуляционной борозде образуются:

а) по верхнему краю;

б) по обоим краям в одинаковой степени;

в) по нижнему краю.

371. Фазы асфиктического процесса:

а) инспираторная отдышка;

б) экспираторная отдышка;

в) терминальное дыхание;

г) судорожное дыхание;

д) остановка дыхания.

372. Обнаружение в просвете крупных сосудов рыхлых красных свертков свидетельствует о:
- а) длительной агонии;
 - б) коротком агональном периоде;
 - в) смерти без агонального периода.
373. Асфиктический процесс завершается смертью в течение:
- а) 1-2 минут;
 - б) 4-5 минут;
 - в) 8-10 минут;
 - г) 10-15 минут;
 - д) 30 минут.
374. Варианты положения тела при повешении:
- а) лежащее;
 - б) висящее;
 - в) лежащее;
 - г) висящее с частичной опорой на ноги;
 - д) на коленях.
375. Патогномоничные признаки для «истинного» типа утопления:
- а) отек стенки и ложа желчного пузыря;
 - б) воздушная эмболия левого отдела сердца;
 - в) наличие планктона в костномозговом канале длинных трубчатых костей;
 - г) мелкопузырчатая пена у рта, носа и дыхательных путях;
 - д) полосчатые кровоизлияния под плеврой (пятна Пальтауфа-Рассказова-Лукомского).
376. Стойкая мелкопузырчатая пена у рта, носа и в дыхательных путях наблюдается при следующем типе утопления:
- а) аспирационном (истинном);
 - б) спастическом (асфиктическом);
 - в) рефлекторном (синкопальном);
 - г) смешанном.
377. Диагностическая тетрада при смерти от утопления (по В.А. Свешникову):
- а) жидкость в пазухе основной кости;
 - б) воздушная эмболия левого отдела сердца;
 - в) острая эмфизема легких;
 - г) нахождение эритроцитов в грудном лимфатическом протоке (лимфогемия);
 - д) жидкость в желудке и начальных отделах кишечника.
378. В основе механической гипоксии лежит гипоксия:
- а) тканевая;
 - б) циркуляторная;
 - в) гемическая;
 - г) смешанная;
 - д) респираторная.
379. Диагностическое значение при утоплении имеет обнаружение планктона в органах и тканях, кроме:
- а) крови;
 - б) почек;
 - в) печени;
 - г) костного мозга
 - д) легких.
380. Признаками прижизненного сдавления шеи являются:
- а) жировая эмболия легких;
 - б) анизокория;
 - в) наличие кровоизлияний в местах прикрепления грудино-ключично-сосцевидных мышц;

- г) заброс эритроцитов в регионарные лимфоузлы.
381. Характер субсерозных кровоизлияний при странгуляционной асфиксии:
- а) бледно-красного цвета, расплывчатые в виде полосок;
 - б) темно-красные, крупнопятнистые;
 - в) точечные, темно-красные.
382. Особенности странгуляционной борозды при повешении в петле:
- а) буро-коричневый цвет, плотность;
 - б) незамкнутость, неравномерная глубина;
 - в) замкнутость, равномерная глубина;
 - г) косовосходящее направление;
 - д) горизонтальное направление.
383. Морфологические признаки компрессионной асфиксии:
- а) интенсивный цвет трупных пятен;
 - б) экхимотическая маска;
 - в) острая эмфизема легких;
 - г) карминовый отек легких;
 - д) гипервенозный характер крови.
384. Обнаружение в просвете крупных сосудов рыхлых красных свертков свидетельствует о:
- а) длительной агонии;
 - б) коротком агональном периоде;
 - в) смерти без агонального периода.
385. Патогномоничные признаки для «истинного» типа утопления:
- а) отек стенки и ложа желчного пузыря;
 - б) воздушная эмболия левого отдела сердца;
 - в) наличие планктона в костномозговом канале длинных трубчатых костей;
 - г) мелкопузырчатая пена у рта, носа и дыхательных путей;
 - д) полосчатые кровоизлияния под плеврой (пятна Пальтауфа-Рассказова-Лукомского).
386. Достоверными признаками прижизненного утопления является обнаружение планктона в:
- а) ткани легкого;
 - б) почках;
 - в) крови из полости сердца;
 - г) костномозговом канале длинных трубчатых костей;
 - д) жидкость в пазухе основной кости.
387. Расположение узла скользящей петли на шее при типичном повешении:
- а) сбоку слева;
 - б) сбоку справа;
 - в) сзади;
 - г) спереди.
388. Кожу из области странгуляционной борозды наиболее целесообразно направить на следующее исследование:
- а) химическое;
 - б) биологическое;
 - в) бактериологическое;
 - г) гистологическое.
389. В случаях повешения врач-специалист в области судебной медицины должен отметить:
- а) наличие и расположение подставки относительно ног;
 - б) расстояние от подошв до опоры;
 - в) положение тела;

г) расстояние от места прикрепления свободного конца петли до ее узла на шее.

390. Образование пятен Тардье обусловлено:

- а) резкими колебаниями артериального давления;
- б) понижением давления в плевральных полостях;
- в) повышением проницаемости сосудистой стенки;
- г) жидким состоянием крови.

391. Через сколько времени теряется сознание в процессе механической асфиксии:

- а) к концу 1-2 минуты;
- б) к концу 3-4 минуты;
- в) к концу 5-6 минуты.

392. Характер субсерозных кровоизлияний при странгуляционной асфиксии:

- а) бледно-красного цвета, расплывчатые в виде полосок;
- б) темно-красные, крупнопятнистые;
- в) точечные, темно-красные.

393. Какие признаки позволяют судить о длительности пребывания трупа в воде:

- а) мацерация кожных покровов;
- б) степень кровенаполнения внутренних органов;
- в) трупные пятна.

394. Особенности странгуляционной борозды при повешении в петле:

- а) буро-коричневый цвет, плотность;
- б) незамкнутость, неравномерная глубина;
- в) замкнутость, равномерная глубина;
- г) косовосходящее направление;
- д) горизонтальное направление.

395. При закрытии отверстий носа и рта мягкими предметами повреждения образуются:

- а) на языке;
- б) на коже в окружности рта и носа;
- в) на слизистой оболочке ротовой полости и губах;
- г) в области надгортанника;

396. Признак Амюсса встречается при:

- а) повешении в петле;
- б) удавлении петлей;
- в) удавлении руками.

397. Обнаружение в просвете крупных сосудов рыхлых красных свертков свидетельствует о:

- а) длительной агонии;
- б) коротком агональном периоде;
- в) смерти без агонального периода.

398. В основе механической гипоксии лежит гипоксия:

- а) тканевая;
- б) циркуляторная;
- в) гемическая;
- г) смешанная;
- д) респираторная.

399. Кровоизлияния в межпозвонковые диски при повешении обнаруживаются (признак Симона):

- а) в шейном отделе;
- б) в грудном отделе;
- в) в поясничном отделе.

400. Кожу из области странгуляционной борозды наиболее целесообразно направить на следующее исследование:

- а) химическое;
- б) биологическое;
- в) бактериологическое;
- г) гистологическое.

401. «Отпечатки» ребер на легких наиболее характерны для:

- а) утопления;
- б) переохлаждения;
- в) повешения;
- г) удушения петлей;
- д) удушения руками.

402. Диагностическое значение при утоплении имеет обнаружение планктона в органах и тканях, кроме:

- а) крови;
- б) почек;
- в) печени;
- г) костного мозга
- д) легких.

403. При подозрении на утопление на диатомовый анализ целесообразно направлять:

- а) печень;
- б) легкое;
- в) почку;
- г) костный мозг.

404. Через сколько времени теряется сознание в процессе механической асфиксии:

- а) к концу 1-2 минуты;
- б) к концу 3-4 минуты;
- в) к концу 5-6 минуты.

405. В какой части шеи располагается странгуляционная борозда при повешении:

- а) ниже уровня щитовидного хряща;
- б) выше уровня щитовидного хряща;
- в) на уровне щитовидного хряща.

406. Каково кровенаполнение полостей сердца при асфиксии:

- а) крови в полостях сердца мало;
- б) переполнена кровью левая половина сердца;
- в) резко переполнены кровью оба желудочка сердца;
- г) переполнена кровью правая половина сердца.

407. Характер субсерозных кровоизлияний при странгуляционной асфиксии:

- а) бледно-красного цвета, расплывчатые в виде полосок;
- б) темно-красные, крупнопятнистые;
- в) точечные, темно-красные.

408. В случаях повешения врач-специалист в области судебной медицины должен отметить:

- а) наличие и расположение подставки относительно ног;
- б) расстояние от подошв до опоры;
- в) положение тела;
- г) расстояние от места прикрепления свободного конца петли до ее узла на шее.

409. Странгуляционную борозду следует дифференцировать от:

- а) естественных складок кожи;
- б) проявлений гнилостной трансформации трупа;
- в) участков кожи, подвергшихся сдавлению частями одежды;
- г) участков опрелостей на шее.

410. Степень выраженности странгуляционной борозды на шее зависит от:

- а) положения тела;
- б) материала петли;
- в) вида странгуляционной асфиксии;
- г) длительности сдавления шеи;
- д) продолжительности постмортального периода.

411. Образование пятен Тардые обусловлено:

- а) резкими колебаниями артериального давления;
- б) понижением давления в плевральных полостях;
- в) повышением проницаемости сосудистой стенки;
- г) жидким состоянием крови.

412. Признаками прижизненного сдавления шеи являются:

- а) жировая эмболия легких;
- б) анизокория;
- в) наличие кровоизлияний в местах прикрепления грудино-ключично-сосцевидных мышц;
- г) заброс эритроцитов в регионарные лимфоузлы.

413. В каком случае применим термин «смерть в воде»:

- а) во время купания у больного гипертонической болезнью произошло кровоизлияние в мозг, и он погрузился под воду;
- б) обессиливший пловец не справился с течением и утонул;
- в) человек в сильной степени алкогольного опьянения не смог выбраться на берег и утонул.

414. Какой из наружных признаков на трупе, извлеченном из воды, свидетельствует о прижизненном попадании в воду:

- а) «гусиная кожа»;
- б) сморщивание и повеление кожи на ладонях и стопах;
- в) стойкая пена вокруг рта.

415. Какие признаки позволяют судить о длительности пребывания трупа в воде:

- а) мацерация кожных покровов;
- б) степень кровенаполнения внутренних органов;
- в) трупные пятна.

416. Танатогенез асфиксии сопровождается:

- а) развитием тканевого ацидоза;
- б) развитием тканевого алкалоза ;
- в) снижением концентрации кислорода в тканях;
- г) накоплением углекислоты в тканях.

417. Особенности странгуляционной борозды при повешении в петле:

- а) буро-коричневый цвет, плотность;
- б) незамкнутость, неравномерная глубина;
- в) замкнутость, равномерная глубина;
- г) косовосходящее направление;
- д) горизонтальное направление.

418. Особенности странгуляционной борозды при удушении в петле:

- а) буро-коричневый цвет, плотность;
- б) незамкнутость, неравномерная глубина;
- в) замкнутость, равномерная глубина;
- г) косовосходящее направление;
- д) горизонтальное направление.

419. Отрицательный результат пробы Бокариуса свидетельствует о:

- а) о посмертном происхождении странгуляционной борозды;
- б) о прижизненности странгуляционной борозды;
- в) доказательного значения не имеет.

420. Морфологические признаки компрессионной асфиксии:

- а) интенсивный цвет трупных пятен;
- б) экхимотическая маска;
- в) острая эмфизема легких;
- г) карминовый отек легких;
- д) гипервенозный характер крови.

421. Признак Амюсса встречается при:

- а) повешении в петле;
- б) удушении петлей;
- в) удушении руками.

422. К общеасфиктическим признакам относятся:

- а) переполнение кровью правой половины сердца;
- б) жидкая темная кровь;
- в) интенсивный цвет трупных пятен;
- г) полнокровие внутренних органов;
- д) экхимозы под серозными оболочками и в конъюнктивах;

423. При повешении в петле кровоизлияния в странгуляционной борозде образуются:

- а) по верхнему краю;
- б) по нижнему краю;
- в) по обоим краям в одинаковой степени.

424. Расположение узла скользящей петли на шее при типичном повешении:

- а) сбоку слева;
- б) сбоку справа;
- в) сзади;
- г) спереди.

425. Патогномоничные признаки для «асфиктического» типа утопления:

- а) жидкость в пазухе основной кости;
- б) увеличение объема легких;
- в) истончение и разрывы межальвеолярных перегородок с кровоизлиянием в ткань легкого;
- г) стойкая мелкопузырчатая пена у рта, носа и в дыхательных путях;
- д) воздушная эмболия в пазухе основной кости.

426. Пятна Пальтауфа-Рассказова-Лукомского под легочной плеврой наблюдаются при следующих типах утопления:

- а) аспирационном (истинном);
- б) спастическом (асфиктическом);
- в) рефлекторном (синкопальном);
- г) смешанном.

427. Достоверными признаками прижизненного утопления является обнаружение планктона в:

- а) ткани легкого;
- б) почках;

- в) крови из полости сердца;
- г) костномозговом канале длинных трубчатых костей;
- д) жидкость в пазухе основной кости.

428. Через сколько времени теряется сознание в процессе механической асфиксии:

- а) к концу 1-2 минуты;
- б) к концу 3-4 минуты;
- в) к концу 5-6 минуты.

429. Характер субсерозных кровоизлияний при странгуляционной асфиксии:

- а) бледно-красного цвета, расплывчатые в виде полосок;
- б) темно-красные, крупнопятнистые;
- в) точечные, темно-красные.

430. Обнаружение в просвете крупных сосудов рыхлых красных свертков свидетельствует о:

- а) длительной агонии;
- б) коротком агональном периоде;
- в) смерти без агонального периода.

431. Кожу из области странгуляционной борозды наиболее целесообразно направить на следующее исследование:

- а) химическое;
- б) биологическое;
- в) бактериологическое;
- г) гистологическое.

432. Особенности странгуляционной борозды при повешении в петле:

- а) буро-коричневый цвет, плотность;
- б) незамкнутость, неравномерная глубина;
- в) замкнутость, равномерная глубина;
- г) косовосходящее направление;
- д) горизонтальное направление.

433. В случаях повешения врач-специалист в области судебной медицины должен отметить:

- а) наличие и расположение подставки относительно ног;
- б) расстояние от подошв до опоры;
- в) положение тела;
- г) расстояние от места прикрепления свободного конца петли до ее узла на шее.

434. При закрытии отверстий носа и рта мягкими предметами повреждения образуются:

- а) на языке;
- б) на коже в окружности рта и носа;
- в) на слизистой оболочке ротовой полости и губах;
- г) в области надгортанника;

435. Образование пятен Тардье обусловлено:

- а) резкими колебаниями артериального давления;
- б) понижением давления в плевральных полостях;
- в) повышением проницаемости сосудистой стенки;
- г) жидким состоянием крови.

436. Какие признаки позволяют судить о длительности пребывания трупа в воде:

- а) мацерация кожных покровов;
- б) степень кровенаполнения внутренних органов;
- в) трупные пятна.

437. Признак Амюсса встречается при:

- а) повешении в петле;

б) удушении петлей;

в) удушении руками.

438. Кожу из области странгуляционной борозды наиболее целесообразно направить на следующее исследование:

а) химическое;

б) биологическое;

в) бактериологическое;

г) гистологическое.

439. В случаях повешения врач-специалист в области судебной медицины должен отметить:

а) наличие и расположение подставки относительно ног;

б) расстояние от подошв до опоры;

в) положение тела;

г) расстояние от места прикрепления свободного конца петли до ее узла на шее.

440. Образование пятен Тардые обусловлено:

а) резкими колебаниями артериального давления;

б) понижением давления в плевральных полостях;

в) повышением проницаемости сосудистой стенки;

г) жидким состоянием крови.

441. Через сколько времени теряется сознание в процессе механической асфиксии:

а) к концу 1-2 минуты;

б) к концу 3-4 минуты;

в) к концу 5-6 минуты.

442. Характер субсерозных кровоизлияний при странгуляционной асфиксии:

а) бледно-красного цвета, расплывчатые в виде полосок;

б) темно-красные, крупнопятнистые;

в) точечные, темно-красные.

443. Какие признаки позволяют судить о длительности пребывания трупа в воде:

а) мацерация кожных покровов;

б) степень кровенаполнения внутренних органов;

в) трупные пятна.

444. Особенности странгуляционной борозды при повешении в петле:

а) буро-коричневый цвет, плотность;

б) незамкнутость, неравномерная глубина;

в) замкнутость, равномерная глубина;

г) косовосходящее направление;

д) горизонтальное направление.

445. При закрытии отверстий носа и рта мягкими предметами повреждения образуются:

а) на языке;

б) на коже в окружности рта и носа;

в) на слизистой оболочке ротовой полости и губах;

г) в области надгортанника;

446. Признак Амюсса встречается при:

а) повешении в петле;

б) удушении петлей;

в) удушении руками.

447. Обнаружение в просвете крупных сосудов рыхлых красных свертков свидетельствует о:

- а) длительной агонии;
- б) коротком агональном периоде;
- в) смерти без агонального периода.

448. Наиболее информативным исследованием для подтверждения диагноза смерти в результате переохлаждения является:

- а) химическое;
- б) биологическое;
- в) электрофоретическое;
- г) биохимическое;
- д) газохроматографическое.

449. При смерти от общего переохлаждения характерно формирование пятен:

- а) Тардье;
- б) Рассказова-Лукомского;
- в) Вишневского;
- г) Ларше.

450. На прижизненное пребывание потерпевшего в очаге пожара указывают:

- а) наличие копоти в пазухе клиновидной кости;
- б) термический ожог верхних дыхательных путей;
- в) наличие копоти в трахеи и бронхах;
- г) наличие незаконченных участков кожи при растягивании морщин в области наружных углов глаз.

451. На прижизненное образование ожогов указывают:

- а) наличие артериальных тромбов в сосудах поврежденных областей;
- б) наличие фибрина в жидкости ожоговых пузырей;
- в) краевое расположение и миграция лейкоцитов;
- г) высокое содержание общего белка в жидкости ожоговых пузырей.

452. Гистологическими признаками электрометки являются:

- а) резкое полнокровие и тромбоз сосудов по периферии электрометки;
- б) наличие пустот в роговом и блестящем слое эпидермиса;
- в) перпендикулярная поверхности кожи ориентация ядер клеток;
- г) отделение рогового и блестящего слоев эпидермиса от зернистого.

453. Причины поражения техническим электричеством:

- а) повреждение изоляции токоведущих частей;
- б) возникновение напряжения шага на участке земли возле человека;
- в) случайное прикосновение к находящимся под напряжением токоведущим частям;
- г) появление напряжения на отключенных частях в результате ошибочного включения установки под напряжением;
- д) прохождение человека под линией высокого напряжения.

454. Сопротивление электрическому току кожи человека при ее увлажнении:

- а) повышается;
- б) не изменится;
- в) снижается.

455. Влияние наличия одежды и обуви на поражение электрическим током:

- а) способствует поражению током;
- б) уменьшает возможность поражения током;
- в) не оказывает влияние.

456. Изменения костей, которые могут быть выявлены при внутреннем исследовании трупа при воздействии электрического тока высокого напряжения:

- а) расхождение швов черепа;
- б) растрескивание костей черепа;
- в) дырчатые переломы костей черепа;
- г) обугливание костей и образование «костных жемчужин»;
- д) переломы одной или нескольких трубчатых костей.

457. Макроскопические изменения кожи при поражении молнией:

- а) ожоги, обугливание;
- б) дефекты кожи;
- в) опадение волос;
- г) разрывы;
- д) древовидно разветвляющиеся или извилистые изменения (знаки «молнии»).

458. Для поражения электротоком не характерно:

- а) повреждение одежды;
- б) повреждение мышц, связок и сухожилий;
- в) образование переломов длинных трубчатых костей;
- г) формирование дырчатых переломов плоских костей;
- д) обугливание костей с образованием «костных жемчужин».

459. Образование пятен Вишневого обусловлено:

- а) острым нарушением трофики стенки желудка;
- б) жидким состоянием крови;
- в) повышением проницаемости сосудистой стенки;
- г) резкими колебаниями артериального давления.

460. Признаком прижизненного действия пламени являются:

- а) поза «боксера»;
- б) копоть в пазухе клиновидной кости;
- в) серо-коричневый цвет трупных пятен;
- г) концентрация карбоксигемоглобина в крови более 30%.

461. Виды воздействия технического электричества на организм человека:

- а) химическое;
- б) литическое;
- в) термическое;
- г) механическое.

462. Виды электричества, имеющее судебно-медицинское значение:

- а) атмосферное;
- б) техническое;
- в) промышленное;
- г) статическое.

463. Смертельная величина (сила) электрического тока:

- а) 0,05-0,1 А и более;
- б) 0,01 А;
- в) 1 мА.

464. Поражению электрическим током способствуют внешние факторы:

- а) высокая температура воздуха, способствующая усиленному потоотделению;
- б) смачивание водой почвы, пола;
- в) наличие в помещении сыпучих веществ;
- г) повышенная влажность воздуха;
- д) смачивание водой различных предметов

465. Морфологические признаки «нетипичных» электрометок на коже:

- а) ссадины;
- б) небольшие раны;
- в) язвы;

г) бородавки, мозоли;

д) царапины.

466. Методы выявления металлизации в области электрометки на коже:

а) трассологический;

б) рентгеноструктурный;

в) химические;

г) эмиссионная спектрография;

д) контактно-диффузионный и электрографический.

467. Виды воздействия молнии на организм человека:

а) электролитическое;

б) световое;

в) механическое;

г) тепловое.

468. Виды воздействия молнии на организм человека:

а) электролитическое;

б) световое;

в) механическое;

г) тепловое.

469. Ожоги возникают от действия:

а) пламени;

б) раскаленных газов;

в) раскаленных предметов;

г) горячих жидкостей;

д) тепловой радиации.

470. При ожоге 1^{ой} степени морфологические изменения возникают в:

а) глубоких тканях;

в) подкожной жировой клетчатке;

г) толще дермы.

471. Компонентами развития ожогового шока являются:

а) токсемия;

б) истинная гиповолемия;

в) болевое раздражение;

г) сгущение крови;

д) септицемия.

472. Минимальная концентрация карбоксигемоглобина, свидетельствующая о прижизненном пребывании в атмосфере пожара:

а) 20%;

б) 40%;

в) 50%;

г) более 60%.

473. Число степеней отморожения:

а) три;

б) четыре;

в) пять.

474. Морфологические изменения при отморожении 3^й степени возникают в:

а) эпидермисе;

б) дерме;

в) подкожной жировой клетчатке;

г) глубоких тканях.

475. Смерть наступает при снижении общей температуры тела до:

а) 26-30 С°;

б) 25-29 С°;

в) 20 С.

476. Состояния организма, способствующие действию низкой температуры:

- а) утомление;
- б) сон;
- в) адинамия;
- г) интоксикация;
- д) контакт с охлажденным предметом.

477. Сопротивление электрическому току кожи человека при ее увлажнении:

- а) повышается;
- б) не изменяется;
- в) снижается.

478. Виды прижизненного воздействия на организм высокой температуры:

- а) кратковременное;
- б) местное;
- в) длительное;
- г) общее.

479. Число степеней отморожения:

- а) три;
- б) четыре;
- в) пять.

3. При ожоге 2^{ой} степени морфологические изменения возникают в:

- а) глубоких тканях;
- б) эпидермисе;
- в) подкожной жировой клетчатке;
- г) толще дермы.

480. Компонентами механизма развития ожогового шока являются:

- а) токсемия;
- б) септицемия;
- в) болевое раздражение;
- г) сгущение крови;
- д) истинная гиповолемия.

481. Минимальная концентрация карбоксигемоглобина, свидетельствующая о прижизненном пребывании в атмосфере пожара:

- а) 20%;
- б) 40%;
- в) 50%;
- г) более 60%.

482. Морфологические изменения при отморожении 1^й степени возникают в:

- а) эпидермисе;
- б) дерме;
- в) подкожной жировой клетчатке;
- г) глубоких тканях.

483. Условия внешней среды, способствующие действию низкой температуры:

- а) истощение;
- б) пребывание в холодной воде;
- в) недостаточно теплая одежда;
- г) тесная обувь;
- д) сильный ветер.

484. Содержание гликогена в печени, глюкозы и мочевой кислоты в мышцах при общем действии температуры на организм:

- а) повышается;
- б) остается неизменным;

в) снижается.

485. Смертельная величина (сила) электрического тока:

- а) 1 мА;
- б) 0,05-0,1 А и более;
- в) 0,01 А.

486. Влияние наличия одежды и обуви на поражение электрическим током:

- а) способствует поражению током;
- б) уменьшает возможность поражения током;
- в) не оказывает влияние.

487. Образование пятен Вишневского обусловлено:

- а) острым нарушением трофики стенки желудка;
- б) жидким состоянием крови;
- в) повышением проницаемости сосудистой стенки;
- г) резкими колебаниями артериального давления.

488. Виды воздействия технического электричества на организм человека:

- а) литическое;
- б) термическое;
- в) механическое;
- г) химическое.

489. Смертельная величина (сила) электрического тока:

- а) 0,05-0,1 А и более;
- б) 0,01 А;
- в) 1 мА.

490. Морфологические признаки «нетипичных» электрометок на коже:

- а) ссадины;
- б) небольшие раны;
- в) язвы;
- г) бородавки, мозоли;
- д) царапины.

491. Виды воздействия молнии на организм человека:

- а) электролитическое;
- б) световое;
- в) механическое;
- г) тепловое.

492. При ожоге кожи 1^й степени морфологические изменения возникают в:

- а) эпидермисе;
- б) дерме;
- в) подкожной жировой клетчатке;
- г) глубоких тканях.

493. Без рубцевания заживают ожоги:

- а) 1^й степени;
- б) 2^й степени;
- в) 3^й степени;
- г) 4^й степени.

494. Смертельной концентрацией карбоксигемоглобина в крови является:

- а) 20%;
- б) 40%;
- в) 50%;
- г) более 60%.

495. Морфологические изменения при отморожении 2^й степени возникают в:

- а) эпидермисе;
- б) дерме;

- в) подкожной жировой клетчатке;
- г) глубоких тканях.

496. Условия внешней среды, способствующие действия низкой температуры:

- а) истощение;
- б) пребывание в холодной воде;
- в) недостаточно теплая одежда;
- г) тесная обувь;
- д) сильный ветер.

497. Состояние организма, способствующее действия низкой температуры:

- а) сон;
- б) адинамия;
- в) контакт с охлажденным предметом;
- г) утомление;
- д) интоксикация.

498. Морфологические изменения при отморожении 3^й степени возникают в:

- а) эпидермисе;
- б) дерме;
- в) подкожной жировой клетчатке;
- г) глубоких тканях.

499. Смертельной концентрацией карбоксигемоглобина в крови является:

- а) 20%;
- б) 40%;
- в) 50%;
- г) более 60%.

500. Компонентами механизма развития ожогового шока являются:

- а) токсемия;
- б) септицемия;
- в) болевое раздражение;
- г) сгущение крови;
- д) истинная гиповолемия.

501. При ожоге кожи 2^й степени морфологические изменения возникают в:

- а) эпидермисе;
- б) дерме;
- в) подкожной жировой клетчатке;
- г) глубоких тканях.

502. Ожоги возникают от действия:

- а) пламени;
- б) раскаленных газов;
- в) раскаленных предметов;
- г) горячих жидкостей;
- д) тепловой радиации.

503. Виды прижизненного воздействия на организм высокой температуры:

- а) кратковременное;
- б) местное;
- в) длительное;
- г) общее.

504. Макроскопические изменения кожи при поражении молнией:

- а) ожоги, обугливание;
- б) дефекты кожи;
- в) опадение волос;
- г) разрывы;
- д) древовидно разветвляющиеся или извилистые изменения (знаки «молнии»).

505. Поражению электрическим током способствуют внешние факторы:

- а) высокая температура воздуха, способствующая усиленному потоотделению;
- б) смачивание водой почвы, пола;
- в) наличие в помещении сыпучих веществ;
- г) повышенная влажность воздуха;
- д) смачивание водой различных предметов.

506. Виды электричества, имеющее судебно-медицинское значение:

- а) атмосферное;
- б) техническое;
- в) промышленное;
- г) статическое.

507. На прижизненное пребывание потерпевшего в очаге пожара указывают:

- а) наличие копоти в пазухе клиновидной кости;
- б) термический ожог верхних дыхательных путей;
- в) наличие копоти в трахеи и бронхах;
- г) наличие незаконченных участков кожи при растягивании морщин в области наружных углов глаз

508. Поражению электрическим током способствуют внешние факторы:

- а) высокая температура воздуха, способствующая усиленному потоотделению;
- б) смачивание водой почвы, пола;
- в) наличие в помещении сыпучих веществ;
- г) повышенная влажность воздуха;
- д) смачивание водой различных предметов.

509. Влияние наличия одежды и обуви на поражение электрическим током:

- а) способствует поражению током;
- б) уменьшает возможность поражения током;
- в) не оказывает влияние.

510. Морфологические признаки «нетипичных» электрометок на коже:

- а) ссадины;
- б) небольшие раны;
- в) язвы;
- г) бородавки, мозоли;
- д) царапины.

511. Виды воздействия молнии на организм человека:

- а) электролитическое;
- б) световое;
- в) механическое;
- г) тепловое.

512. При смерти от общего переохлаждения характерно формирование пятен:

- а) Рассказова-Лукомского;
- б) Ларше;
- в) Вишневского;
- г) Тардье.

513. Признаком прижизненного действия пламени являются:

- а) поза «боксера»;
- б) коготь в пазухе клиновидной кости;
- в) серо-коричневый цвет трупных пятен;
- г) концентрация карбоксигемоглобина в крови более 30%.

514. Площадь и глубину отморожения можно установить:

- а) тотчас после воздействия холода;
- б) через 2-3 суток;
- в) спустя 5-7 суток;

- г) спустя 3-4 недели;
- д) после отогревания пораженной конечности.

515. Без рубцевания заживают ожоги:

- а) 1^й степени;
- б) 2^й степени;
- в) 3^й степени;
- г) 4^й степени.

516. Причины поражения техническим электричеством:

- а) повреждение изоляции токоведущих частей;
- б) возникновение напряжения шага на участке земли возле человека;
- в) случайное прикосновение к находящимся под напряжением токоведущим частям;
- г) появление напряжения на отключенных частях в результате ошибочного включения установки под напряжением.
- д) случайное прохождение человека под линией тяжелого напряжения.

517. Наиболее информативным исследованием для подтверждения диагноза смерти в результате переохлаждения является:

- а) химическое;
- б) биологическое;
- в) электрофоретическое;
- г) биохимическое;
- д) газохроматографическое.

518. При смерти от общего переохлаждения характерно формирование пятен:

- а) Рассказова-Лукомского;
- б) Ларше;
- в) Вишневского;
- г) Тардье.

519. На прижизненное пребывание потерпевшего в очаге пожара указывают:

- а) наличие копоти в пазухе клиновидной кости;
- б) термический ожог верхних дыхательных путей;
- в) наличие копоти в трахеи и бронхах;
- г) наличие незаконченных участков кожи при растягивании морщин в области наружных углов глаз

520. Признаком прижизненного действия пламени являются:

- а) поза «боксера»;
- б) копоть в пазухе клиновидной кости;
- в) серо-коричневый цвет трупных пятен;
- г) концентрация карбоксигемоглобина в крови более 30%.

521. Виды воздействия технического электричества на организм человека:

- а) литическое;
- б) химическое;
- в) механическое;
- г) термическое.

522. Виды электричества, имеющее судебно-медицинское значение:

- а) атмосферное;
- б) техническое;
- в) промышленное;
- г) статическое.

523. Смертельная величина (сила) электрического тока:

- а) 0,05-0,1 А и более;
- б) 0,01 А;
- в) 1 мА.

524. Поражению электрическим током способствуют внешние факторы:

- а) высокая температура воздуха, способствующая усиленному потоотделению;
- б) смачивание водой почвы, пола;
- в) смачивание водой различных предметов;
- г) повышенная влажность воздуха;
- д) наличие в помещении сыпучих веществ.

525. Морфологические признаки «нетипичных» электродетекторов на коже:

- а) ссадины;
- б) небольшие раны;
- в) язвы;
- г) бородавки, мозоли;
- д) царапины.

526. Виды прижизненного воздействия на организм высокой температуры:

- а) кратковременное;
- б) местное;
- в) длительное;
- г) общее.

527. Наиболее информативным исследованием для подтверждения диагноза смерти в результате переохлаждения является:

- а) биологическое;
- б) химическое;
- в) электрофоретическое;
- г) биохимическое;
- д) газохроматографическое.

528. Причины поражения техническим электричеством:

- а) повреждение изоляции токоведущих частей;
- б) возникновение напряжения шага на участке земли возле человека;
- в) случайное прикосновение к находящимся под напряжением токоведущим частям;
- г) появление напряжения на отключенных частях в результате ошибочного включения установки под напряжением;
- д) прохождение человека под линией высокого напряжения.

529. Образование пятен Вишневского обусловлено:

- а) острым нарушением трофики стенки желудка;
- б) жидким состоянием крови;
- в) повышением проницаемости сосудистой стенки;
- г) резкими колебаниями артериального давления.

530. Поражению электрическим током способствуют внешние факторы:

- а) высокая температура воздуха, способствующая усиленному потоотделению;
- б) смачивание водой почвы, пола;
- в) смачивание водой различных предметов;
- г) повышенная влажность воздуха;
- д) наличие в помещении сыпучих веществ.

531. Виды воздействия технического электричества на организм человека:

- а) литическое;
- б) химическое;
- в) механическое;
- г) термическое.

532. Методы выявления металлизации в области электродетектора на коже:

- а) трассологический;
- б) рентгеноструктурный;
- в) химические;
- г) эмиссионная спектрография;
- д) контактно-диффузионный и электрографический.

533. Виды воздействия молнии на организм человека:

- а) электролитическое;
- б) световое;
- в) механическое;
- г) тепловое.

534. Декомпенсация терморегуляции возникает при повышении общей температуры тела до:

- а) 40 °C;
- б) 41 °C;
- в) 42 °C;
- г) 43 °C;
- д) 44 °C.

535. Смерть наступает при снижении общей температуры тела до:

- а) 26-30 °C;
- б) 29-25 °C;
- в) 20 °C.

536. При ожоге кожи 2^й степени морфологические изменения возникают в:

- а) эпидермисе;
- б) дерме;
- в) подкожной жировой клетчатке;
- г) глубоких тканях.

537. Виды воздействия молнии на организм человека:

- а) электролитическое;
- б) световое;
- в) механическое;
- г) тепловое.

538. Ожоги возникают от действия:

- а) пламени;
- б) раскаленных газов;
- в) раскаленных предметов;
- г) горячих жидкостей;
- д) тепловой радиации.

539. При ожоге кожи 1^й степени морфологические изменения возникают в:

- а) эпидермисе;
- б) дерме;
- в) подкожной жировой клетчатке;
- г) глубоких тканях.

540. Компонентами механизма развития ожогового шока являются:

- а) токсемия;
- б) септицемия;
- в) болевое раздражение;
- г) сгущение крови;
- д) истинная гиповолемия.

541. Минимальная концентрация карбоксигемоглобина, свидетельствующая о прижизненном пребывании в атмосфере пожара:

- а) 20%;
- б) 40%;
- в) 50%;
- г) более 60%.

542. Число степеней отморожения:

- а) три;
- б) четыре;

в) пять.

543. Морфологические изменения при отморожении 3^й степени возникают в:

- а) эпидермисе;
- б) дерме;
- в) подкожной жировой клетчатке;
- г) глубоких тканях.

544. Смерть наступает при снижении общей температуры тела до:

- а) 26-30 С;
- б) 29-25 С;
- в) 20 С.

545. Состояние организма, способствующее действия низкой температуры:

- а) сон;
- б) адинамия;
- в) контакт с охлажденным предметом;
- г) утомление;
- д) интоксикация.

546. Сопротивление электрическому току кожи человека при ее увлажнении:

- а) повышается;
- б) не изменится;
- в) снижается.

547. Наиболее информативным исследованием для подтверждения диагноза смерти в результате переохлаждения является:

- а) химическое;
- б) биологическое;
- в) электрофоретическое;
- г) биохимическое;
- д) газохроматографическое.

548. При смерти от общего переохлаждения характерно формирование пятен:

- а) Тардые;
- б) Рассказова-Лукомского;
- в) Вишневского;
- г) Ларше.

549. На прижизненное пребывание потерпевшего в очаге пожара указывают:

- а) наличие копоти в пазухе клиновидной кости;
- б) термический ожог верхних дыхательных путей;
- в) наличие копоти в трахеи и бронхах;
- г) наличие незаконченных участков кожи при растягивании морщин в области наружных углов глаз.

550. На прижизненное образование ожогов указывают:

- а) наличие артериальных тромбов в сосудах поврежденных областей;
- б) наличие фибрина в жидкости ожоговых пузырей;
- в) краевое расположение и миграция лейкоцитов;
- г) высокое содержание общего белка в жидкости ожоговых пузырей.

551. Гистологическими признаками метки являются:

- а) резкое полнокровие и тромбоз сосудов по периферии электрометки;
- б) наличие пустот в роговом и блестящем слое эпидермиса;
- в) перпендикулярная поверхности кожи ориентация ядер клеток;
- г) отделение рогового и блестящего слоев эпидермиса от зернистого.

552. Причины поражения техническим электричеством:

- а) повреждение изоляции токоведущих частей;
- б) возникновение напряжения шага на участке земли возле человека;

- в) случайное прикосновение к находящимся под напряжением токоведущим частям;
- г) появление напряжения на отключенных частях в результате ошибочного включения установки под напряжением;
- д) прохождение человека под линией высокого напряжения.

553. Сопротивление электрическому току кожи человека при ее увлажнении:

- а) повышается;
- б) не изменится;
- в) снижается.

554. Влияние наличия одежды и обуви на поражение электрическим током:

- а) способствует поражению током;
- б) уменьшает возможность поражения током;
- в) не оказывает влияние.

555. Изменения костей, которые могут быть выявлены при внутреннем исследовании трупа при воздействии электрического тока высокого напряжения:

- а) расхождение швов черепа;
- б) растрескивание костей черепа;
- в) дырчатые переломы костей черепа;
- г) обугливание костей и образование «костных жемчужин»;
- д) переломы одной или нескольких трубчатых костей.

556. Макроскопические изменения кожи при поражении молнией:

- а) ожоги, обугливание;
- б) дефекты кожи;
- в) опадение волос;
- г) разрывы;
- д) древовидно разветвляющиеся или извилистые изменения (знаки «молнии»).

557. Площадь и глубину отморожения можно установить:

- а) спустя 3-4 недели;
- б) через 5-7 суток;
- в) через 2-3 суток;
- г) сразу после отморожения;
- д) после отогревания конечности.

558. Поражению электрическим током способствуют внешние факторы:

- а) высокая температура воздуха, способствующая усиленному потоотделению;
- б) смачивание водой почвы, пола;
- в) смачивание водой различных предметов;
- г) повышенная влажность воздуха;
- д) наличие в помещении сыпучих веществ.

559. Влияние наличия одежды и обуви на поражение электрическим током:

- а) способствует поражению током;
- б) уменьшает возможность поражения током;
- в) не оказывает влияние.

560. Морфологические признаки «нетипичных» электрометок на коже:

- а) ссадины;
- б) небольшие раны;
- в) язвы;
- г) бородавки, мозоли;
- д) царапины.

561. Виды воздействия молнии на организм человека:

- а) электролитическое;
- б) световое;
- в) механическое;
- г) тепловое.

562. При смерти от общего переохлаждения характерно формирование пятен:

- а) Рассказова-Лукомского;
- б) Ларше;
- в) Вишневого;
- г) Тардье.

563. Признаком прижизненного действия пламени являются:

- а) поза «боксера»;
- б) копоть в пазухе клиновидной кости;
- в) серо-коричневый цвет трупных пятен;
- г) концентрация карбоксигемоглобина в крови более 30%.

564. На прижизненное пребывание потерпевшего в очаге пожара указывают:

- а) наличие копоти в пазухе клиновидной кости;
- б) термический ожог верхних дыхательных путей;
- в) наличие копоти в трахеи и бронхах;
- г) наличие незаконченных участков кожи при растягивании морщин в области наружных углов глаз.

565. Без рубцевания заживают ожоги:

- а) 1^й степени;
- б) 2^й степени;
- в) 3^й степени;
- г) 4^й степени.

566. Причины поражения техническим электричеством:

- а) повреждение изоляции токоведущих частей;
- б) возникновение напряжения шага на участке земли возле человека;
- в) случайное прикосновение к находящимся под напряжением токоведущим частям;
- г) появление напряжения на отключенных частях в результате ошибочного включения установки под напряжением;
- д) прохождение человека под линией высокого напряжения.

567. Декомпенсация терморегуляции возникает при повышении общей температуры тела до:

- а) 40 С;
- б) 41 С;
- в) 42 С;
- г) 43 С;
- д) 44 С.

568. Смерть наступает при снижении общей температуры тела до:

- а) 26-30 С;
- б) 29-25 С;
- в) 20 С.

569. При ожоге кожи 1^й степени морфодогические изменения возникают в:

- а) эпидермисе;
- б) дерме;
- в) подкожной жировой клетчатке;
- г) глубоких тканях.

570. Виды воздействия технического электричества на организм человека:

- а) литическое;
- б) химическое;
- в) механическое;
- г) термическое.

571. Виды электричества, имеющее судебно-медицинское значение:

- а) атмосферное;
- б) техническое;
- в) промышленное;
- г) статическое.

572. Смертельная величина (сила) электрического тока:

- а) 0,05-0,1 А и более;
- б) 0,01 А;
- в) 1 мА.

573. Поражению электрическим током способствуют внешние факторы:

- а) высокая температура воздуха, способствующая усиленному потоотделению;
- б) смачивание водой почвы, пола;
- в) смачивание водой различных поверхностей;
- г) повышенная влажность воздуха;
- д) наличие в помещении сыпучих веществ.

574. Морфологические признаки «нетипичных» электорометок на коже:

- а) ссадины;
- б) небольшие раны;
- в) язвы;
- г) бородавки, мозоли;
- д) царапины.

575. Виды прижизненного воздействия на организм высокой температуры:

- а) кратковременное;
- б) местное;
- в) длительное;
- г) общее.

576. При смерти от общего переохлаждения характерно формирование пятен:

- а) Рассказова-Лукомского;
- б) Ларше;
- в) Вишневского;
- г) Тардье.

577. Признаком прижизненного действия пламени являются:

- а) поза «боксера»;
- б) копоть в пазухе клиновидной кости;
- в) серо-коричневый цвет трупных пятен;
- г) концентрация карбоксигемоглобина в крови более 30%.

578. На прижизненное пребывание потерпевшего в очаге пожара указывают:

- а) наличие копоти в пазухе клиновидной кости;
- б) термический ожог верхних дыхательных путей;
- в) наличие копоти в трахеи и бронхах;
- г) наличие незаконченных участков кожи при растягивании морщин в области наружных углов глаз.

579. Без рубцевания заживают ожоги:

- а) 1^й степени;
- б) 2^й степени;
- в) 3^й степени;
- г) 4^й степени.

580. Причины поражения техническим электричеством:

- а) повреждение изоляции токоведущих частей;
- б) возникновение напряжения шага на участке земли возле человека;
- в) случайное прикосновение к находящимся под напряжением токоведущим частям;
- г) появление напряжения на отключенных частях в результате ошибочного включения установки под напряжением;

д) прохождение человека под линией высокого напряжения.

581. Сопротивление электрическому току кожи человека при ее увлажнении:

- а) повышается;
- б) не изменится;
- в) снижается.

582. Влияние наличия одежды и обуви на поражение электрическим током:

- а) способствует поражению током;
- б) уменьшает возможность поражения током;
- в) не оказывает влияние.

583. Изменения костей, которые могут быть выявлены при внутреннем исследовании трупа при воздействии электрического тока высокого напряжения:

- а) расхождение швов черепа;
- б) растрескивание костей черепа;
- в) дырчатые переломы костей черепа;
- г) обугливание костей и образование «костных жемчужин»;
- д) переломы одной или нескольких трубчатых костей.

584. Макроскопические изменения кожи при поражении молнией:

- а) ожоги, обугливание;
- б) дефекты кожи;
- в) опадение волос;
- г) разрывы;
- д) древовидно разветвляющиеся или извилистые изменения (знаки «молнии»).

585. Образование пятен Вишневого обусловлено:

- а) острым нарушением трофики стенки желудка;
- б) жидким состоянием крови;
- в) повышением проницаемости сосудистой стенки;
- г) резкими колебаниями артериального давления.

586. Виды воздействия молнии на организм человека:

- а) электролитическое;
- б) световое;
- в) механическое;
- г) тепловое.

587. Смертельная величина (сила) электрического тока:

- а) 0,05-0,1 А и более;
- б) 0,01 А;
- в) 1 мА.

588. Морфологические признаки «нетипичных» электрометок на коже:

- а) ссадины;
- б) небольшие раны;
- в) язвы;
- г) бородавки, мозоли;
- д) царапины.

589. Виды воздействия молнии на организм человека:

- а) электролитическое;
- б) световое;
- в) механическое;
- г) тепловое.

590. При ожоге кожи 1^й степени морфологические изменения возникают в:

- а) эпидермисе;
- б) дерме;
- в) подкожной жировой клетчатке;
- г) глубоких тканях.

591. Без рубцевания заживают ожоги:

- а) 1^й степени;
- б) 2^й степени;
- в) 3^й степени;
- г) 4^й степени.

592. Смертельной концентрацией карбоксигемоглобина в крови является:

- а) 20%;
- б) 40%;
- в) 50%;
- г) более 60%.

593. Морфологические изменения при отморожении 2^й степени возникают в:

- а) эпидермисе;
- б) дерме;
- в) подкожной жировой клетчатке;
- г) глубоких тканях.

594. Условия внешней среды, способствующие действия низкой температуры:

- а) истощение;
- б) пребывание в холодной воде;
- в) недостаточно теплая одежда;
- г) тесная обувь;
- д) сильный ветер.

595. Виды электричества, имеющее судебно-медицинское значение:

- а) атмосферное;
- б) техническое;
- в) промышленное;
- г) статическое.
- д) наличие в помещении сыпучих веществ.

596. Методы выявления металлизации в области электрометки на коже:

- а) трассологический;
- б) рентгеноструктурный;
- в) химические;
- г) эмиссионная спектрография;
- д) контактно-диффузионный и электрографический.

597. Доношенность плода определяется по:

- а) длине тела;
- б) массе тела;
- в) наличию волос на голове длиной 2-3 см;
- г) наличию пушковых волос только в области плечевого пояса;
- д) наличию развитого подкожного жирового слоя.

598. Исследуя труп младенца, судебно-медицинский эксперт должен ответить на следующие вопросы:

- а) является ли младенец новорожденным;
- б) является ли младенец живорожденным;
- в) какова причина смерти;
- г) имело ли место детоубийство;
- д) был ли он жизнеспособным;
- е) какова продолжительность его внутриутробной жизни;
- ж) является ли он доношенным и зрелым;
- з) какова продолжительность его жизни после рождения.

599. Признаками новорожденности является:

- а) сыровидная смазка;
- б) родовая опухоль;

- в) масса плода 3500 г;
- г) сформировавшийся демаркационный вал в области пупочного кольца;
- д) опачкивание неповрежденной кожи кровью;
- е) кефалогематома;
- ж) наличие мекония в толстой кишке.

600. Доказательствами новорожденности являются:

- а) наличие плаценты;
- б) влажная сочная пуповина;
- в) ненарушенное соединение пуповины с последом;
- г) отсутствие признаков демаркационного кольца на пуповине.

601. Легочная плавательная проба может быть положительной, если:

- а) легкие на момент исследования не полностью оттаяли;
- б) легкие гнилостно трансформированы;
- в) младенец был живорожденным;
- г) проводилось искусственное дыхание.

602. Легочная плавательная проба может быть отрицательной при:

- а) гнилостной трансформации трупа;
- б) первичном ателектазе легких;
- в) вторичном ателектазе;
- г) внутриутробном обвитии пуповины.

603. Жизнеспособным в судебной медицине считают новорожденного, у которого:

- а) длина тела не менее 35 см;
- б) длина тела не менее 40 см;
- в) масса тела не менее 1000 г;
- г) масса тела не менее 1500 г.

604. Продолжительность внутриутробной жизни новорожденного младенца можно определить по:

- а) длине тела;
- б) гистологической картине пупочного кольца;
- в) гистологической картине родовой опухоли;
- г) распространении воздуха в желудочно-кишечном тракте.

605. Внутриутробная смерть плода может быть вызвана:

- а) отслойкой плаценты;
- б) отравлением алкоголя;
- в) прижатием плаценты;
- г) инфарктом плаценты.

606. Внутриутробная смерть плода может быть обусловлена:

- а) обвитием шеи пуповиной;
- б) отслойка плаценты;
- в) аспирацией околоплодных вод;

607. Под детоубийством понимают убийство новорожденного младенца:

- а) матерью;
- б) отцом;
- в) посторонним лицом;
- г) родственником.

608. Полное рассасывание родовой опухоли, как правило, происходит в течение:

- а) 1 суток;
- б) 1-2 суток;
- в) 3-4 суток;
- г) 5-6 суток.

609. Наличие воздуха в тонкой кишке означает, что новорожденный жил:

- а) не более 1 часа;
- б) 4-6 часов;
- в) 6-12 часов;
- г) 12-24 часа.

610. Рассасывание кефалогематомы, как правило, происходит в течение:

- а) 1-ой недели;
- б) 1-2 недели;
- в) 2-4 недели;
- г) 4-6 недели.

611. Исследуя труп новорожденного, срединный разрез производят от:

- а) красной каймы нижней губы;
- б) подбородка;
- в) вырезки грудины;
- г) щитовидного хряща гортани;
- д) мечевидного отростка.

612. В желудке трупа новорожденного обнаружен воздух. Легкие не полностью расправлены. В толстом кишечнике первородный кал. Как долго после родов жил младенец?

- а) 10-12 часов;
- б) 1-2 часа;
- в) несколько минут.

613. Труп новорожденного без гнилостных изменений. Легкие в целом тонут, отдельные кусочки легочной ткани плавают. В желудке и частично в тонком кишечнике воздух. Как оценит эти данные при решении вопроса о живорожденности:

- а) мертворожденному проводили искусственное дыхание;
- б) младенец родился мертвым;
- в) младенец после рождения жил, дышал, но не продолжительное время.

614. Определите внутриутробный возраст плода длиной 40 см:

- а) 6 лунных месяцев;
- б) 7 лунных месяцев;
- в) 8 лунных месяцев;
- г) 9 лунных месяцев.

615. В судебно-медицинском отношении новорожденным считают младенца, прожившего после рождения:

- а) около 1 суток;
- б) более 1 суток;
- в) 3 суток.

616. Масса тела доношенного плода:

- а) 2 кг;
- б) 3-3,5 кг;
- в) более 5 кг.

617. Под доношенностью плода понимают:

- а) степень физического развития плода к моменту родов;
- б) нахождение плода в организме матери 8 лунных месяцев;
- в) срок нахождения плода в организме матери 10 лунных месяцев.

618. Признаки зрелости младенца, устанавливаемые при вскрытии трупа:

- а) ядра окостенения в таранной кости;
- б) ядра окостенения в нижнем эпифизе бедренной кости;
- в) нахождение яичек в мошонке;
- г) ядра окостенения в пяточной кости;
- д) достаточно развитый подкожный слой.

619. Под зрелостью плода понимают:

- а) степень физического развития плода к моменту родов;
- б) нахождение плода в организме матери 8 лунных месяцев;
- в) срок нахождения плода в организме матери 10 лунных месяцев.

620. Признаки зрелости плода:

- а) Масса тела 2800 г;
- б) Масса тела 2400 г;
- в) длина тела 45-47 см;
- г) ногти на руках заходят за концы пальцев;
- д) прямой диаметр головы 7 см.

621. Длина тела доношенного плода находится в пределах:

- а) 35-40 см;
- б) 47-62 см;
- в) 50-55 см.

622. Под жизнеспособностью новорожденного понимают:

- а) степень физического развития плода к моменту родов;
- б) отсутствие уродств и заболеваний не совместимых с жизнью;
- в) возможность новорожденного продолжать жизнь вне материнского организма.

623. Плод при массе менее 1000 г и длиной менее 35 см считается:

- а) жизнеспособным;
- б) зрелым;
- в) нежизнеспособным.

624. Для установления живорожденности младенца производят:

- а) гистологическое исследование легких и пуповины;
- б) рентгенографию легких и желудочно-кишечного тракта;
- в) электрофоретическое исследование белковых фракций в сыворотке крови;
- г) желудочно-кишечную пробу;
- д) легочную пробу.

625. Масса плаценты к концу 9 лунного месяца составляет:

- а) 200г;
- б) 300 г;
- в) 500 г.

626. Продолжительность внутриутробной жизни плода определяют по:

- а) длине тела;
- б) массе тела;
- в) длине пуповины;
- г) массе плаценты;
- д) степени заполнения воздухом желудочно-кишечного тракта.

627. Насильственная смерть плода и новорожденного может наступить:

- а) во время беременности;
- б) во время родов;
- в) до родов;
- г) после родов.

628. К хроническим заболеваниям матери, обуславливающим насильственную смерть плода до родов, относятся:

- а) пневмония;
- б) малярия;
- в) туберкулез;
- г) сифилис;
- д) грипп.

629. Микроскопические изменения в легких у дышавшего младенца:

- а) кубический альвеолярный эпителий;
- б) расправленные альвеолы;
- в) эластические волокна повторяют контуры расправившихся альвеол;
- г) уменьшение альвеолярного эпителия;
- д) гиалиновые мембраны в альвеолах.

630. Острые инфекционные заболевания матери, обуславливающие ненасильственную смерть плода до родов: а) малярия;

- б) пневмония;
- в) грипп;
- г) токсикоз беременных.

631. Аномалии развития, приводящие к смерти плода до родов:

- а) отслойка плаценты;
- б) инфаркт плаценты;
- в) истинный узел пуповины;
- г) прижатие пуповины.

632. Морфологические признаки живорожденности, выявляемые при исследовании трупов младенцев:

- а) ателектаз легких;
- б) гиалиновые мембраны в альвеолах;
- в) полнокровие капилляров легких;
- г) воздух в легких и желудочно-кишечном тракте;
- д) альвеолы расправлены, с уплощенным эпителием.

633. Признаки мертворожденности при исследовании трупов младенцев:

- а) гиалиновые мембраны в альвеолах;
- б) спавшиеся альвеолы – при гистологическом исследовании;
- в) эластические волокна альвеол располагаются в виде пучков и спиралей;
- г) кусочки легких тонут в воде;
- д) легкие плотные, равномерной окраски.

634. Длина пуповины у плода к 10ому лунному месяцу равна:

- а) 30 см;
- б) 40 см;
- в) 50 см.

635. Легочную и желудочно-кишечную пробу производят для установления:

- а) жизнеспособности плода;
- б) мертворожденности;
- в) живорожденности;
- г) сроков внутриутробной жизни;
- д) продолжительности внеутробной жизни.

636. Техника проведения пробы по Галену-Шрейдеру:

- а) вскрыть грудную и брюшную полости, выделить органокомплекс груди и живота и опустить в сосуд с водой;
- б) вскрыть грудную полость, извлечь органы шеи и груди и опустить их в сосуд с водой;
- в) до вскрытия грудной клетки отсепаровать трахею и перерезать ее вместе с пищеводом. Вскрыть грудную полость, извлечь легкое, сердце, вилочковую железу и опустить в сосуд с водой.

637. Техника проведения пробы по Брюслау:

- а) вскрыть грудную и брюшную полости, выделить желудок с кишечником и опустить их в сосуд с водой;
- б) вскрыть грудную и брюшную полости, выделить органокомплекс груди и живота, выделить органокомплекс груди и живота, и опустить их в сосуд с водой;
- в) до извлечения органов груди и живота, желудок перевязать у входа двумя лигатурами и опустить в воду.

638. «Детоубийство» – понятие:

- а) бытовое;
- б) юридическое;
- в) медицинское;
- г) биологическое.

639. Причинами внутриутробной асфиксии плода могут быть:

- а) порок сердца;
- б) аспирация околоплодных вод;
- в) истинный узел пуповины;
- г) отслойка плаценты.

640. Насильственная смерть новорожденного может быть:

- а) убийством;
- б) самоубийством;
- в) несчастным случаем;
- г) детоубийством.

641. Детоубийство может быть:

- а) умышленным;
- б) активным;
- в) неумышленным;
- г) пассивным.

642. Пассивное детоубийство заключается в оставлении новорожденного без:

- а) пищи;
- б) тепла;
- в) медицинского персонала;
- г) надлежащего ухода;
- д) помощи.

643. Способы активного самоубийства:

- а) механическая травма;
- б) оставление без тепла;
- в) сдавление шеи руками или петлей;
- г) закрытие рта и носа руками;
- д) закрытие дыхательных отверстий мягкими предметами.

644. Причинами смерти новорожденных в случаях активного детоубийства являются:

- а) травма костей черепа;
- б) механическая асфиксия;
- в) нежизнеспособность;
- г) кровотечение.

645. Причинами смерти новорожденных являются:

- а) асфиксия;
- б) пневмопатии;
- в) травма;
- г) инфекционные заболевания.

646. Какие новорожденные подлежат регистрации в ЗАГСе:

- а) до 500 г;
- б) свыше 500 г;

- в) свыше 1000 г;
- г) все новорожденные.

647. Доношенность плода определяется по:

- а) длине тела;
- б) массе тела;
- в) наличию волос на голове длиной 2-3 см;
- г) наличию пушковых волос только в области плечевого пояса;

648. Под детоубийством понимают убийство новорожденного младенца:

- а) матерью;
- б) отцом;
- в) посторонним лицом;
- г) родственником.

649. Под доношенностью плода понимают:

- а) степень физического развития плода к моменту родов;
- б) нахождение плода в организме матери 8 лунных месяцев;
- в) срок нахождения плода в организме матери 10 лунных месяцев.

650. Насильственная смерть плода и новорожденного может наступить:

- а) во время беременности;
- б) во время родов;
- в) до родов;
- г) после родов.

651. Техника проведения пробы по Брюслау:

- а) вскрыть грудную и брюшную полости, выделить желудок с кишечником и опустить их в сосуд с водой;
- б) вскрыть грудную и брюшную полости, выделить органокомплекс груди и живота, выделить органокомплекс груди и живота, и опустить их в сосуд с водой;
- в) до извлечения органов груди и живота, желудок перевязать у входа двумя лигатурами и опустить в воду.

652. Исследуя труп младенца, судебно-медицинский эксперт должен ответить на следующие вопросы:

- а) является ли младенец новорожденным;
- б) является ли младенец живорожденным;
- в) какова причина смерти;
- г) имело ли место детоубийство;
- д) был ли он жизнеспособным;
- е) какова продолжительность его внутриутробной жизни;
- ж) является ли он доношенным и зрелым;
- з) какова продолжительность его жизни после рождения.

653. Полное рассасывание родовой опухоли, как правило, происходит в течение:

- а) 1 суток;
- б) 1-2 суток;
- в) 3-4 суток;

654. Признаки зрелости младенца, устанавливаемые при вскрытии трупа:

- а) ядра окостенения в таранной кости;
- б) ядра окостенения в нижнем эпифизе бедренной кости;
- в) нахождение яичек в мошонке;
- г) ядра окостенения в пяточной кости;
- д) достаточно развитый подкожный слой.

655. К хроническим заболеваниям матери, обуславливающим насильственную смерть плода до родов относятся:

- а) пневмония;
- б) малярия;

- в) туберкулез;
- г) сифилис;
- д) грипп.

656. «Детоубийство» – понятие:

- а) бытовое;
- б) юридическое;
- в) медицинское;
- г) биологическое.

657. Признаками новорожденности является:

- а) сыровидная смазка;
- б) родовая опухоль;
- в) масса плода 3500 г;
- г) сформировавшийся демаркационный вал в области пупочного кольца;
- д) опачкивание неповрежденной кожи кровью;
- е) кефалогематома;
- ж) наличие мекония в толстой кишке.

658. Доказательствами новорожденности являются:

- а) наличие плаценты;
- б) влажная сочная пуповина;
- в) ненарушенное соединение пуповины с последом;
- г) отсутствие признаков демаркационного кольца на пуповине.

659. Наличие воздуха в тонкой кишке означает, что новорожденный жил:

- а) не более 1 часа;
- б) 4-6 часов;
- в) 6-12 часов;
- г) 12-24 часа.

660. Рассасывание кефалогематомы, как правило, происходит в течение:

- а) 1-ой недели;
- б) 1-2 недели;
- в) 2-4 недели;
- г) 4-6 недели.

661. Под зрелостью плода понимают:

- а) степень физического развития плода к моменту родов;
- б) нахождение плода в организме матери 8 лунных месяцев;
- в) срок нахождения плода в организме матери 10 лунных месяцев.

662. Признаки зрелости плода:

- а) Масса тела 2800 г;
- б) Масса тела 2400 г;
- в) длина тела 45-47 см;
- г) ногти на руках заходят за концы пальцев;
- д) прямой диаметр головы 7 см.

663. Микроскопические изменения в легких у дышавшего младенца:

- а) кубический альвеолярный эпителий;
- б) расправленные альвеолы;
- в) эластические волокна повторяют контуры расправившихся альвеол;
- г) уменьшение альвеолярного эпителия;
- д) гиалиновые мембраны в альвеолах.

664. Острые инфекционные заболевания матери, обуславливающие ненасильственную смерть плода до родов: а) малярия;

- б) пневмония;
- в) грипп;
- г) токсикоз беременных.

665. Причинами внутриутробной асфиксии плода могут быть:

- а) порок сердца;
- б) аспирация околоплодных вод;
- в) истинный узел пуповины;
- г) отслойка плаценты.

666. Насильственная смерть новорожденного может быть:

- а) убийством;
- б) самоубийством;
- в) несчастным случаем;
- г) детоубийством.

667. Легочная плавательная проба может быть положительной, если:

- а) легкие на момент исследования не полностью оттаяли;
- б) легкие гнилостно трансформированы;
- в) младенец был живорожденным;
- г) проводилось искусственное дыхание.

668. Легочная плавательная проба может быть отрицательной при:

- а) гнилостной трансформации трупа;
- б) первичном ателектазе легких;
- в) вторичном ателектазе;
- г) внутриутробном обвитии пуповины.

669. Исследуя труп новорожденного, срединный разрез производят от:

- а) красной каймы нижней губы;
- б) подбородка;
- в) вырезки грудины;
- г) щитовидного хряща гортани;
- д) мечевидного отростка.

670. В желудке трупа новорожденного обнаружен воздух. Легкие не полностью расправлены. В толстом кишечнике первородный кал. Как долго после родов жил младенец?

- а) 10-12 часов;
- б) 1-2 часа;
- в) несколько минут.

671. Длина тела доношенного плода находится в пределах:

- а) 35-40 см;
- б) 47-62 см;
- в) 50-55 см.

672. Под жизнеспособностью новорожденного понимают:

- а) степень физического развития плода к моменту родов;
- б) отсутствие уродств и заболеваний не совместимых с жизнью;
- в) возможность новорожденного продолжать жизнь вне материнского организма.

673. Аномалии развития, приводящие к смерти плода до родов:

- а) отслойка плаценты;
- б) инфаркт плаценты;
- в) истинный узел пуповины;
- г) прижатие пуповины.

674. Морфологические признаки живорожденности, выявляемые при исследовании трупов младенцев:

- а) ателектаз легких;
- б) гиалиновые мембраны в альвеолах;
- в) полнокровие капилляров легких;
- г) воздух в легких и желудочно-кишечном тракте;
- д) альвеолы расправлены, с уплощенным эпителием.

675. Детоубийство может быть:

- а) умышленным;
- б) активным;
- в) неумышленным;
- г) пассивным.

676. Пассивное детоубийство заключается в оставлении новорожденного без:

- а) пищи;
- б) тепла;
- в) медицинского персонала;
- г) надлежащего ухода;
- д) помощи.

677. Жизнеспособным в судебной медицине считают новорожденного, у которого:

- а) длина тела не менее 35 см;
- б) длина тела не менее 40 см;
- в) масса тела не менее 1000 г;
- г) масса тела не менее 1500 г.

678. Продолжительность внутриутробной жизни новорожденного младенца можно определить по:

- а) длине тела;
- б) гистологической картине пупочного кольца;
- в) гистологической картине родовой опухоли;
- г) распространению воздуха в желудочно-кишечном тракте.

679. Труп новорожденного без гнилостных изменений. Легкие в целом тонут, отдельные кусочки легочной ткани плавают. В желудке и частично в тонком кишечнике воздух. Как оценит эти данные при решении вопроса о живорожденности:

- а) мертворожденному проводили искусственное дыхание;
- б) младенец родился мертвым;
- в) младенец после рождения жил, дышал, но не продолжительное время.

680. Определите внутриутробный возраст плода длиной 40 см:

- а) 6 лунных месяцев;
- б) 7 лунных месяцев;
- в) 8 лунных месяцев;
- г) 9 лунных месяцев.

681. Плод при массе менее 1000 г и длиной менее 35 см считается:

- а) жизнеспособным;
- б) зрелым;
- в) нежизнеспособным.

682. Для установления живорожденности младенца производят:

- а) гистологическое исследование легких и пуповины;
- б) рентгенографию легких и желудочно-кишечного тракта;
- в) электрофоретическое исследование белковых фракций в сыворотке крови;
- г) желудочно-кишечную пробу;
- д) легочную пробу.

683. Признаки мертворожденности при исследовании трупов младенцев:

- а) гиалиновые мембраны в альвеолах;
- б) спавшиеся альвеолы – при гистологическом исследовании;
- в) эластические волокна альвеол располагаются в виде пучков и спиралей;
- г) кусочки легких тонут в воде;
- д) легкие плотные, равномерной окраски.

684. Длина пуповины у плода к 10ому лунному месяцу равна:

- а) 30 см;
- б) 40 см;

в) 50 см.

685. Способы активного самоубийства:

- а) механическая травма;
- б) оставление без тепла;
- в) сдавление шеи руками или петлей;
- г) закрытие рта и носа руками;
- д) закрытие дыхательных отверстий мягкими предметами.

686. Причинами смерти новорожденных в случаях активного детоубийства являются:

- а) травма костей черепа;
- б) механическая асфиксия;
- в) нежизнеспособность;
- г) кровотечение.

687. Внутриутробная смерть плода может быть вызвана:

- а) отслойкой плаценты;
- б) отравлением алкоголя;
- в) прижатием плаценты;
- г) инфарктом плаценты.

688. Внутриутробная смерть плода может быть обусловлена:

- а) обвитием шеи пуповиной;
- б) отслойка плаценты;
- в) аспирацией околоплодных вод;
- г) токсикозом беременных.

689. В судебно-медицинском отношении новорожденным считают младенца, прожившего после рождения:

- а) около 1 суток;
- б) более 1 суток;
- в) 3 суток.

690. Масса тела доношенного плода:

- а) 2 кг;
- б) 3-3,5 кг;
- в) более 5 кг.

691. Масса плаценты к концу 9 лунного месяца составляет:

- а) 200г;
- б) 300 г;
- в) 500 г.

692. Продолжительность внутриутробной жизни плода определяют по:

- а) длине тела;
- б) массе тела;
- в) длине пуповины;
- г) массе плаценты;
- д) степени заполнения воздухом желудочно-кишечного тракта.

693. Легочную и желудочно-кишечную пробу производят для установления:

- а) жизнеспособности плода;
- б) мертворожденности;
- в) живорожденности;
- г) сроков внутриутробной жизни;
- д) продолжительности внеутробной жизни.

694. Техника проведения пробы по Галену-Шрейдеру:

- а) вскрыть грудную и брюшную полости, выделить органокомплекс груди и живота и опустить в сосуд с водой;
- б) вскрыть грудную полость, извлечь органы шеи и груди и опустить их в сосуд с водой;

в) до вскрытия грудной клетки отсепаровать трахею и перерезать ее вместе с пищеводом. Вскрыть

грудную полость, извлечь легкое, сердце, вилочковую железу и опустить в сосуд с водой.

695. Причинами смерти новорожденных являются:

- а) асфиксия;
- б) пневмопатии;
- в) травма;
- г) инфекционные заболевания.

696. Какие новорожденные подлежат регистрации в ЗАГСе:

- а) до 500 г;
- б) свыше 500 г;
- в) свыше 1000 г;
- г) все новорожденные.

697. Наличие воздуха в тонкой кишке означает, что новорожденный жил:

- а) не более 1 часа;
- б) 4-6 часов;
- в) 6-12 часов;
- г) 12-24 часа.

698. Рассасывание кефалогематомы, как правило, происходит в течение:

- а) 1-ой недели;
- б) 1-2 недели;
- в) 2-4 недели;
- г) 4-6 недели.

699. Признаки зрелости плода:

- а) Масса тела 2800 г;
- б) Масса тела 2400 г;
- в) длина тела 45-47 см;
- г) ногти на руках заходят за концы пальцев;
- д) прямой диаметр головы 7 см.

700. Микроскопические изменения в легких у дышавшего младенца:

- а) кубический альвеолярный эпителий;
- б) расправленные альвеолы;
- в) эластические волокна повторяют контуры расправившихся альвеол;
- г) уменьшение альвеолярного эпителия;
- д) гиалиновые мембраны в альвеолах.

701. Причинами внутриутробной асфиксии плода могут быть:

- а) порок сердца;
- б) аспирация околоплодных вод;
- в) истинный узел пуповины;
- г) отслойка плаценты.

702. Насильственная смерть новорожденного может быть:

- а) убийством;
- б) самоубийством;
- в) несчастным случаем;
- г) детоубийством.

703. Признаками новорожденности является:

- а) сыровидная смазка;
- б) родовая опухоль;
- в) масса плода 3500 г;
- г) сформировавшийся демаркационный вал в области пупочного кольца;
- д) опачкивание неповрежденной кожи кровью;

- е) кефалогематома;
- ж) наличие мекония в толстой кишке.

704. Доказательствами новорожденности являются:

- а) наличие плаценты;
- б) влажная сочная пуповина;
- в) ненарушенное соединение пуповины с последом;
- г) отсутствие признаков демаркационного кольца на пуповине.

705. Острые инфекционные заболевания матери, обуславливающие ненасильственную смерть плода до родов: а) малярия;

- б) пневмония;
- в) грипп;
- г) токсикоз беременных.

706. Плод при массе менее 1000 грамм и длиной менее 35 см считается:

- а) жизнеспособным;
- б) зрелым;
- в) нежизнеспособным.

707. Техника проведения пробы по Галену-Шрейдеру:

- а) вскрыть грудную и брюшную полости, выделить органокомплекс груди и живота и опустить в сосуд с водой;
- б) вскрыть грудную полость, извлечь органы шеи и груди и опустить их в сосуд с водой;
- в) до вскрытия грудной клетки отсепаровать трахею и перерезать ее вместе с пищеводом.
- г) Вскрыть грудную полость, извлечь легкое, сердце, вилочковую железу и опустить в сосуд с водой.

708. Причинами смерти новорожденных являются:

- а) асфиксия;
- б) пневмопатии;
- в) травма;
- г) инфекционные заболевания.

709. Масса плаценты к концу 9 лунного месяца составляет:

- а) 200г;
- б) 300 г;
- в) 500 г.

710. Продолжительность внутриутробной жизни плода определяют по:

- а) длине тела;
- б) массе тела;
- в) длине пуповины;
- г) массе плаценты;
- д) степени заполнения воздухом желудочно-кишечного тракта.

711. Внутриутробная смерть плода может быть обусловлена:

- а) обвитием шеи пуповиной;
- б) отслойка плаценты;
- в) аспирацией околоплодных вод;
- г) токсикозом беременных.

712. В судебно-медицинском отношении новорожденным считают младенца, прожившего после рождения:

- а) около 1 суток;
- б) более 1 суток;
- в) 3 суток.

713. Признаки мертворожденности при исследовании трупов младенцев:

- а) гиалиновые мембраны в альвеолах;
- б) спавшиеся альвеолы – при гистологическом исследовании;
- в) эластические волокна альвеол располагаются в виде пучков и спиралей;

- г) кусочки легких тонут в воде;
- д) легкие плотные, равномерной окраски.

714. Длина пуповины у плода к 10ому лунному месяцу равна:

- а) 30 см;
- б) 40 см;
- в) 50 см.

715. Причинами смерти новорожденных являются:

- а) асфиксия;
- б) пневмопатии;
- в) травма;
- г) инфекционные заболевания.

716. Какие новорожденные подлежат регистрации в ЗАГСе:

- а) до 500 г;
- б) свыше 500 г;
- в) свыше 1000 г;
- г) все новорожденные.

717. Под зрелостью плода понимают:

- а) степень физического развития плода к моменту родов;
- б) нахождение плода в организме матери 8 лунных месяцев;
- в) срок нахождения плода в организме матери 10 лунных месяцев.

718. Признаки зрелости плода:

- а) Масса тела 2800 г;
- б) Масса тела 2400 г;
- в) длина тела 45-47 см;
- г) ногти на руках заходят за концы пальцев;
- д) прямой диаметр головы 7 см.

719. Под доношенностью плода понимают:

- а) степень физического развития плода к моменту родов;
- б) нахождение плода в организме матери 8 лунных месяцев;
- в) срок нахождения плода в организме матери 10 лунных месяцев.

720. Признаки зрелости младенца, устанавливаемые при вскрытии трупа:

- а) ядра окостенения в таранной кости;
- б) ядра окостенения в нижнем эпифизе бедренной кости;
- в) нахождение яичек в мошонке;
- г) ядра окостенения в пяточной кости;
- д) достаточно развитый подкожный слой.

721. Плод при массе менее 1000 г и длиной менее 35 см считается:

- а) жизнеспособным;
- б) зрелым;
- в) нежизнеспособным.

722. Для установления живорожденности младенца производят:

- а) гистологическое исследование легких и пуповины;
- б) рентгенографию легких и желудочно-кишечного тракта;
- в) электрофоретическое исследование белковых фракций в сыворотке крови;
- г) желудочно-кишечную пробу;
- д) легочную пробу.

723. Длина тела доношенного плода находится в пределах:

- а) 35-40 см;
- б) 47-62 см;
- в) 50-55 см.

724. Под жизнеспособностью новорожденного понимают:

- а) степень физического развития плода к моменту родов;
- б) отсутствие уродств и заболеваний не совместимых с жизнью;
- в) возможность новорожденного продолжать жизнь вне материнского организма.

725. Масса плаценты к концу 9 лунного месяца составляет:

- а) 200г;
- б) 300 г;
- в) 500 г.

726. Продолжительность внутриутробной жизни плода определяют по:

- а) длине тела;
- б) массе тела;
- в) длине пуповины;
- г) массе плаценты;
- д) степени заполнения воздухом желудочно-кишечного тракта.

727. Признаками новорожденности является:

- а) сыровидная смазка;
- б) родовая опухоль;
- в) масса плода 3500 г;
- г) сформировавшийся демаркационный вал в области пупочного кольца;
- д) опачкивание неповрежденной кожи кровью;
- е) кефалогематома;
- ж) наличие мекония в толстой кишке.

728. Доказательствами новорожденности являются:

- а) наличие плаценты;
- б) влажная сочная пуповина;
- в) ненарушенное соединение пуповины с последом;
- г) отсутствие признаков демаркационного кольца на пуповине.

729. Легочная плавательная проба может быть положительной, если:

- а) легкие на момент исследования не полностью оттаяли;
- б) легкие гнилостно трансформированы;
- в) младенец был живорожденным;
- г) проводилось искусственное дыхание.

730. Легочная плавательная проба может быть отрицательной при:

- а) гнилостной трансформации трупа;
- б) первичном ателектазе легких;
- в) вторичном ателектазе;
- г) внутриутробном обвитии пуповины.

731. Жизнеспособным в судебной медицине считают новорожденного, у которого:

- а) длина тела не менее 35 см;
- б) длина тела не менее 40 см;
- в) масса тела не менее 1000 г;
- г) масса тела не менее 1500 г.

732. Доношенность плода определяется по:

- а) длине тела;
- б) массе тела;

- в) наличие волос на голове длиной 2-3 см;
- г) наличие пушковых волос только в области плечевого пояса;
- д) наличие развитого подкожного жирового слоя.

733. Исследуя труп младенца, судебно-медицинский эксперт должен ответить на следующие вопросы:

- а) является ли младенец новорожденным;
- б) является ли младенец живорожденным;
- в) какова причина смерти;
- г) имело ли место детоубийство;
- д) был ли он жизнеспособным;
- е) какова продолжительность его внутриутробной жизни;
- ж) является ли он доношенным и зрелым;
- з) какова продолжительность его жизни после рождения.

734. Продолжительность внутриутробной жизни новорожденного младенца можно определить по:

- а) длине тела;
- б) гистологической картине пупочного кольца;
- в) гистологической картине родовой опухоли;
- г) распространению воздуха в желудочно-кишечном тракте.

735. Внутриутробная смерть плода может быть вызвана:

- а) отслойкой плаценты;
- б) отравлением алкоголя;
- в) прижатием плаценты;
- г) инфарктом плаценты.

736. Внутриутробная смерть плода может быть обусловлена:

- а) обвитием шеи пуповиной;
- б) отслойка плаценты;
- в) аспирацией околоплодных вод;

737. Признаки зрелости младенца, устанавливаемые при вскрытии трупа:

- а) ядра окостенения в таранной кости;
- б) ядра окостенения в нижнем эпифизе бедренной кости;
- в) нахождение яичек в мошонке;
- г) ядра окостенения в пяточной кости;
- д) достаточно развитый подкожный слой.

738. К хроническим заболеваниям матери, обуславливающим насильственную смерть плода до родов, относятся:

- а) пневмония;
- б) малярия;
- в) туберкулез;
- г) сифилис;
- д) грипп.

739. «Детоубийство» – понятие:

- а) бытовое;
- б) юридическое;
- в) медицинское;
- г) биологическое.

740. Легочная плавательная проба может быть положительной, если:

- а) легкие на момент исследования не полностью оттаяли;
- б) легкие гнилостно трансформированы;
- в) младенец был живорожденным;
- г) проводилось искусственное дыхание.

741. Легочная плавательная проба может быть отрицательной при:

- а) гнилостной трансформации трупа;
- б) первичном ателектазе легких;
- в) вторичном ателектазе;
- г) внутриутробном обвитии пуповины.

742. Микроскопические изменения в легких у дышавшего младенца:

- а) кубический альвеолярный эпителий;
- б) расправленные альвеолы;
- в) эластические волокна повторяют контуры расправившихся альвеол;
- г) уменьшение альвеолярного эпителия;
- д) гиалиновые мембраны в альвеолах.

743. Острые инфекционные заболевания матери, обуславливающие ненасильственную смерть плода до родов:

- а) малярия;
- б) пневмония;
- в) грипп;
- г) токсикоз беременных.

744. Аномалии развития, приводящие к смерти плода до родов:

- а) отслойка плаценты;
- б) инфаркт плаценты;
- в) истинный узел пуповины;
- г) прижатие пуповины.

745. Морфологические признаки живорожденности, выявляемые при исследовании трупов младенцев:

- а) ателектаз легких;
- б) гиалиновые мембраны в альвеолах;
- в) полнокровие капилляров легких;
- г) воздух в легких и желудочно-кишечном тракте;
- д) альвеолы расправлены, с уплощенным эпителием.

746. Детоубийство может быть:

- а) умышленным;
- б) активным;
- в) неумышленным;
- г) пассивным.

747. Из перечисленных ядов местным некротизирующим и гемолитическим действием обладали:

- а) уксусная кислота;
- б) карболовая кислота;
- в) азотная кислота;
- г) сулема;
- д) нашатырный спирт.

748. Для какой степени алкогольного опьянения характерны значительная эмоциональная неустойчивость, шаткая походка, неясная речь, нарушение психики и ориентировки, сонливость:

- а) легкой;
- б) средней;
- в) тяжелой;
- г) сильной.

749. Легкой степени алкогольного опьянения обычно соответствует концентрация этанола в крови:

- а) не более 0,5‰;
- б) от 0,5 до 1,5 ‰;
- в) от 1,5 до 2,5 ‰;

г) от 2,5 до 3,0 ‰;

д) свыше 3,0 ‰

750. Для установления кратности, давности и количества выпитых спиртных напитков необходимо и достаточно направить на судебно-химическое исследование:

а) кровь, мочу, желудочное содержимое и цереброспинальную жидкость;

б) кровь и желудочное содержимое;

в) мочу и желудочное содержимое;

г) кровь и мочу;

д) кровь и цереброспинальную жидкость.

751. К деструктивным ядам относят:

а) сульфат бария;

б) каломель (хлорид ртути);

в) сулему;

г) оксид мышьяка.

752. Массивный внутрисосудистый гемолиз характерен при отравлении:

а) мухомором;

б) уксусной кислотой;

в) строчками;

г) оксидом мышьяка.

753. Быстрое развитие и большая интенсивность мышечного окоченения характерны для отравления:

а) кокаином;

б) аконитином;

в) цитотоксином;

г) стрихнином.

754. Посуда, используемая для направления объектов на судебно-химическое исследование, должна быть:

а) химически чистой;

б) промытой изотоническим раствором хлорида натрия;

в) промыта хромпиком;

г) стерильной.

755. При подозрении на смертельное отравление этанолом необходимо провести:

а) судебно-химическое исследование крови и мочи;

б) общее судебно химическое исследование внутренних органов и тканей;

в) биохимическое исследование;

г) судебно-гистологическое исследование кусочков внутренних органов.

756. По избирательности токсичности ядовитые грибы (бледная поганка) относятся к ядам:

а) желудочно-кишечным;

б) сердечным;

в) почечным;

г) нервным;

д) печеночным.

757. Для какой степени алкогольного опьянения характерны значительная повышенная утомляемость, эмоциональная неустойчивость, нарушение координации мелких движений:

а) легкой;

б) средней;

в) тяжелой;

г) сильной.

758. Средней степени алкогольного опьянения обычно соответствует концентрация этанола в крови:

а) не более 0,5 ‰;

б) от 0,5 до 1,5 ‰;

в) от 1,5 до 2,5 ‰;

г) от 2,5 до 3,0 ‰;

д) свыше 3,0 ‰

759. К деструктивным ядам относят:

а) окислители;

б) соединения мышьяка;

в) соли тяжелых металлов;

г) кислоты и щелочи.

760. К наркотическим средствам относятся:

а) этанол;

б) кокаин;

в) этиленгликоль;

г) морфин.

761. К морфологическим признакам массивного внутрисосудистого гемолиза относят:

а) желтуху;

б) разлитой характер и насыщенную окраску трупных пятен;

в) лаковый вид крови;

г) острый пигментный нефроз.

762. Замедленное развитие и слабая интенсивность мышечного окоченения характерны для отравления:

а) кокаином;

б) стрихнином;

в) бледной поганкой;

г) хлоралгидратом.

763. По избирательности токсичности наркотики и снотворные относятся к ядам:

а) желудочно-кишечным;

б) сердечным;

в) почечным;

г) нервным;

д) печеночным.

764. Непосредственные причины смерти при отравлении едкими ядами могут быть:

а) паралич дыхательного центра;

б) шок;

в) жировая эмболия;

г) интоксикация;

д) асфиксия в следствии отека слизистой глотки, гортани.

765. Интенсивность действия яда на организм зависит от:

а) количества поступившего яда;

б) путей его поступления;

в) химической его природы;

г) длительности контакта и площади соприкосновения ткани с ядом;

д) степени химического превращения яда организмом под влиянием биологически активных веществ.

766. Яды, в зависимости от характера действия на органы и ткани, подразделяются на:

а) едкие;

б) общефункциональные (клеточные);

в) деструктивные;

г) яды, изменяющие гемоглобин крови;

д) яды, преимущественно действующие на ЦНС.

767. Едкие яды наиболее выражено действуют:

а) кумулятивно;

б) местно;

- в) резорбтивно;
- г) одновременно резорбтивно и местно.

768. В результате местного действия щелочей в тканях развивается:

- а) гнойное воспаление;
- б) коагуляционный некроз;
- в) колликативный некроз.

769. Судебно-медицинская диагностика смертельных отравлений основывается на данных:

- а) обстоятельств дела;
- б) предварительных проб;
- в) судебно-химического исследования органов трупа;
- г) микроскопических изменений органов и тканей трупа;
- д) макроскопического исследования трупа.

770. Механизм действия окиси углерода:

- а) паралич дыхательного и сосудистого центров;
- б) нарушение дыхательной функции клеток;
- в) связывание гемоглобина;
- г) связывание железа в молекуле гемоглобина;
- д) перевод атома железа в геме в неактивное состояние.

771. Морфологические признаки при смертельном отравлении окисью углерода:

- а) свертки крови в полостях сердца;
- б) жидкое состояние крови;
- в) ярко-розовая окраска крови, тканей и трупных пятен;
- г) вишнево-синюшная окраска крови, тканей и трупных пятен;
- д) отек ложа и стенки желчного пузыря.

772. Морфологические признаки при смертельном отравлении метгемоглобинообразующими ядами:

- а) жидкое состояние крови;
- б) пигментный нефроз;
- в) дистрофия печени, сердца, почек;
- г) интенсивно синюшный цвет трупных пятен;
- д) буровато-коричневый цвет крови, тканей, трупных пятен.

773. Смерть при отравлении снотворными веществами наступает от:

- а) острой почечной недостаточности, уремии;
- б) острой печеночной недостаточности, интоксикации;
- в) паралича дыхательного центра;
- г) паралича сосудистого центра;
- д) паралича дыхательной мускулатуры и диафрагмы.

774. При обнаружении алкоголя только в моче можно решить вопрос о:

- а) количестве принятого алкоголя;
- б) степени алкогольного опьянения;
- в) факте и давности приема алкоголя.

775. Виды пищевых отравлений:

- а) пищевые интоксикации;
- б) пищевые токсикоинфекции;
- в) косвенные;
- г) истинные;
- д) микотоксикозы.

776. К истинно пищевым относят отравления продуктами:

- а) приготовленными с нарушением технологии;
- б) которым умышленно приданы ядовитые свойства;
- в) случайно получившим ядовитые свойства;
- г) всегда или временно ядовитыми по своей природе.

777. В результате местного действия кислот в тканях развивается:

- а) гнойное воспаление;
- б) коагуляционный некроз;
- в) колликвационный некроз.

778. Резорбтивное действие кислот и щелочей проявляется:

- а) парализующим действием на дыхательный и сосудистый центры;
- б) ожогами слизистой оболочки пищеварительного тракта;
- в) прямым действием на структуры клеток и тканей;
- г) нарушением кислотно-щелочного равновесия в тканях и жидких средах организма.

779. К кровавым ядам относят вещества:

- а) повышающие проницаемость сосудистых стенок;
- б) нарушающие микроциркуляцию крови;
- в) вызывающие гемолиз;
- г) нарушающие процессы кроветворения;
- д) изменяющие свойства гемоглобина.

780. Причина смерти при отравлении окисью углерода:

- а) острая тканевая гипоксия;
- б) острая дыхательная недостаточность;
- в) нарушение кислотно-щелочного состава в тканях;
- г) острая гемическая (кровавая) гипоксия.

781. Причина смерти при отравлении метгемоглобинообразующими ядами:

- а) гипоксическая аноксия;
- б) гемическая аноксия
- в) паралич дыхательного центра;
- г) тканевая аноксия.

782. Признаки смертельного отравления цианидами:

- а) отек легких и головного мозга;
- б) розово-красное окрашивание крови, тканей и трупных пятен;
- в) специфический запах от органов и тканей;
- г) обильные синюшного цвета трупные пятна;
- д) гиперемия слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта.

783. Фазы токсикодинамики алкоголя:

- а) окисление;
- б) элиминации;
- в) депонирование в тканях;
- г) выведение в неизменном виде;
- д) резорбции.

784. Установление степени алкогольного опьянения производится на основании:

- а) количественного определения алкоголя в крови;
- б) количественного определения алкоголя в крови и моче;
- в) количественного определения алкоголя в крови, моче с учетом клинической картины опьянения
- г) клинических проявлений опьянения.

785. Для подтверждения диагноза смертельного отравления грибами необходимо:

- а) провести биологическую пробу на лабораторном животном;
- б) обнаружить яд судебно-химическим методом;
- в) обнаружить остатки грибов микологическим исследованием;
- г) выявить специфические макроскопические и микроскопические изменения внутренних органов.

786. Пищевые токсикоинфекции вызывают:

- а) пища, зараженная микробами, вызывающими инфекционное заболевание;
- б) микробные токсины, содержащиеся в пище;

в) продукты, зараженные микробами, выделяющими токсинами.

787. Выраженным местным некротизирующим и гемолитическим действием обладают:

- а) сулема;
- б) уксусная кислота;
- в) карболовая кислота;
- г) нашатырный спирт;
- д) азотная кислота.

788. Легкой степени алкогольного опьянения обычно соответствует концентрация этанола в крови:

- а) не более 0,5‰;
- б) от 0,5 до 1,5 ‰;
- в) от 1,5 до 2,5 ‰;
- г) от 2,5 до 3,0 ‰;
- д) свыше 3,0 ‰

789. К деструктивным ядам относят:

- а) окислители;
- б) соединения мышьяка;
- в) соли тяжелых металлов;
- г) кислоты и щелочи.

790. Быстрое развитие и большая интенсивность мышечного окоченения характерны для отравления:

- а) кокаином;
- б) аконитином;
- в) цитотоксином;
- г) стрихнином.

791. По избирательности токсичности наркотики и снотворные относятся к ядам:

- а) желудочно-кишечным;
- б) сердечным;
- в) почечным;
- г) нервным;
- д) печеночным.

792. Выделение ядов из организма производят:

- а) легкие;
- б) почки;
- в) волосы;
- г) кожа;
- д) слизистые оболочки.

793. Едкие яды наиболее выражено действуют:

- а) кумулятивно;
- б) местно;
- в) резорбтивно;
- г) одновременно резорбтивно и местно.

794. К кровяным ядам относят вещества:

- а) повышающие проницаемость сосудистых стенок;
- б) нарушающие микроциркуляцию крови;
- в) вызывающие гемолиз;
- г) нарушающие процессы кроветворения;
- д) изменяющие свойства гемоглобина.

795. Морфологические признаки при смертельном отравлении метгемоглобинообразующими ядами:

- а) жидкое состояние крови;

- б) пигментный нефроз;
- в) дистрофия печени, сердца, почек;
- г) интенсивно синюшный цвет трупных пятен;
- д) буровато-коричневый цвет крови, тканей, трупных пятен.

796. Установление степени алкогольного опьянения производится на основании:

- а) количественного определения алкоголя в крови;
- б) количественного определения алкоголя в крови и моче;
- в) количественного определения алкоголя в крови, моче с учетом клинической картины опьянения
- г) клинических проявлений опьянения.

797. Сальмонеллез относится к:

- а) пищевым токсикоинфекциям;
- б) пищевым интоксикациям;
- в) желудочно-кишечным инфекционным заболеваниям.

798. Морфологические признаки при смертельном отравлении метгемоглобинообразующими ядами:

- а) жидкое состояние крови;
- б) пигментный нефроз;
- в) дистрофия печени, сердца, почек;
- г) интенсивно синюшный цвет трупных пятен;
- д) буровато-коричневый цвет крови, тканей, трупных пятен.

799. Едкие яды наиболее выраженно действуют:

- а) кумулятивно;
- б) местно;
- в) резорбтивно;
- г) одновременно резорбтивно и местно.

800. По избирательности токсичности наркотики и снотворные относятся к ядам:

- а) желудочно-кишечным;
- б) сердечным;
- в) почечным;
- г) нервным;
- д) печеночным.

801. К деструктивным ядам относят:

- а) окислители;
- б) соединения мышьяка;
- в) соли тяжелых металлов;
- г) кислоты и щелочи.

802. Для какой степени алкогольного опьянения характерны значительная повышенная утомляемость, эмоциональная неустойчивость, нарушение координации мелких движений:

- а) легкой;
- б) средней;
- в) тяжелой;
- г) сильной.

803. К наркотическим средствам относятся:

- а) этанол;
- б) кокаин;
- в) этиленгликоль;
- г) морфин.

804. Яд в организм может быть введен:

- а) через рот;
- б) через легкие;
- в) внутривенно;

г) через неповрежденную кожу;

д) подкожно, внутримышечно.

805. Резорбтивное действие кислот и щелочей проявляется:

а) парализующим действием на дыхательный и сосудистый центры;

б) ожогами слизистой оболочки пищеварительного тракта;

в) прямым действием на структуры клеток и тканей;

г) нарушением кислотно-щелочного равновесия в тканях и жидких средах организма.

806. При обнаружении алкоголя только в моче можно решить вопрос о:

а) количестве принятого алкоголя;

б) степени алкогольного опьянения;

в) факте и давности приема алкоголя.

807. Для какой степени алкогольного опьянения характерны значительная эмоциональная неустойчивость, шаткая походка, неясная речь, нарушение психики и ориентировки, сонливость:

а) легкой;

б) средней;

в) тяжелой;

г) сильной.

808. Для установления кратности, давности и количества выпитых спиртных напитков необходимо и достаточно направить на судебно-химическое исследование:

а) кровь, мочу, желудочное содержимое и цереброспинальную жидкость;

б) кровь и желудочное содержимое;

в) мочу и желудочное содержимое;

г) кровь и мочу;

д) кровь и цереброспинальную жидкость.

809. Быстрое развитие и большая интенсивность мышечного окоченения характерны для отравления:

а) кокаином;

б) аконитином;

в) цитотоксином;

г) стрихнином.

810. По избирательности токсичности ядовитые грибы (бледная поганка) относятся к ядам:

а) желудочно-кишечным;

б) сердечным;

в) почечным;

г) нервным;

д) печеночным.

811. Процесс кумуляции заключается в:

а) накоплении яда в неизменном виде;

б) потенцировании действия нескольких ядов;

в) суммировании действия нескольких ядов;

г) видоизменении яда в более токсическое вещество.

812. Резорбтивное действие кислот и щелочей проявляется:

а) парализующим действием на дыхательный и сосудистый центры;

б) ожогами слизистой оболочки пищеварительного тракта;

в) прямым действием на структуры клеток и тканей;

г) нарушением кислотно-щелочного равновесия в тканях и жидких средах организма.

813. Причина смерти при отравлении метгемоглобинообразующими ядами:

а) гипоксическая аноксия;

б) гемическая аноксия

в) паралич дыхательного центра;

г) тканевая аноксия.

814. Установление степени алкогольного опьянения производится на основании:

- а) количественного определения алкоголя в крови;
- б) количественного определения алкоголя в крови и моче;
- в) количественного определения алкоголя в крови, моче с учетом клинической картины опьянения
- г) клинических проявлений опьянения.

815. Сальмонеллез относится к:

- а) пищевым токсикоинфекциям;
- б) пищевым интоксикациям;
- в) желудочно-кишечным инфекционным заболеваниям.

816. Яды, в зависимости от характера действия на органы и ткани, подразделяются на:

- а) едкие;
- б) общефункциональные (клеточные);
- в) деструктивные;
- г) яды, изменяющие гемоглобин крови;
- д) яды, преимущественно действующие на ЦНС.

817. Для какой степени алкогольного опьянения характерны снижение болевой чувствительности вплоть до потери, супорозное состояние:

- а) легкой;
- б) средней;
- в) тяжелой;
- г) сильной.

818. Тяжелой степени алкогольного опьянения обычно соответствует концентрация этанола в крови:

- а) не более 0,5‰;
- б) от 0,5 до 1,5 ‰;
- в) от 1,5 до 2,5 ‰;
- г) от 2,5 до 3,0 ‰;
- д) свыше 3,0 ‰

819. К наркотическим средствам относятся:

- а) этанол;
- б) кокаин;
- в) этиленгликоль;
- г) морфин.

820. Замедленное развитие и слабая интенсивность мышечного окоченения характерны для отравления:

- а) кокаином;
- б) стрихнином;
- в) бледной поганкой;
- г) хлоралгидратом.

821. По избирательности токсичности наркотики и снотворные относятся к ядам:

- а) желудочно-кишечным;
- б) сердечным;
- в) почечным;
- г) нервным;
- д) печеночным.

822. Интенсивность действия яда на организм зависит от:

- а) количества поступившего яда;
- б) путей его поступления;
- в) химической его природы;
- г) длительности контакта и площади соприкосновения ткани с ядом;

д) степени химического превращения яда организмом под влиянием биологически активных веществ.

823. Для проведения общего судебно-химического анализа от трупа берут:

- а) органы и ткани по усмотрению судебно-медицинского эксперта;
- б) сердце, печень, легкое, почки, мозг, кровь;
- в) желудок, начальную часть тонкого кишечника с содержимым, почку, мочу, печень, желчный пузырь, головной мозг, легкое;
- г) желудок, начальную часть тонкого кишечника с содержимым, кровь и мочу, печень, легкое;

824. В результате местного действия кислот в тканях развивается:

- а) гнойное воспаление;
- б) коагуляционный некроз;
- в) колликовационный некроз.

825. Механизм действия окиси углерода:

- а) паралич дыхательного и сосудистого центров;
- б) нарушение дыхательной функции клеток;
- в) связывание гемоглобина;
- г) связывание железа в молекуле гемоглобина;
- д) перевод атома железа в геме в неактивное состояние.

826. Морфологические признаки при смертельном отравлении метгемоглобинообразующими ядами:

- а) жидкое состояние крови;
- б) пигментный нефроз;
- в) дистрофия печени, сердца, почек;
- г) интенсивно синюшный цвет трупных пятен;
- д) буровато-коричневый цвет крови, тканей, трупных пятен.

827. Для какой степени алкогольного опьянения характерны повышенная утомляемость, эмоциональная неустойчивость, нарушение координации мелких движений:

- а) легкой;
- б) средней;
- в) тяжелой;
- г) сильной.

828. Средней степени алкогольного опьянения обычно соответствует концентрация этанола в крови:

- а) не более 0,5‰;
- б) от 0,5 до 1,5 ‰;
- в) от 1,5 до 2,5 ‰;
- г) от 2,5 до 3,0 ‰;
- д) свыше 3,0 ‰

829. К деструктивным ядам относят:

- а) окислители;
- б) соединения мышьяка;
- в) соли тяжелых металлов;
- г) кислоты и щелочи.

830. Деструктивные яды:

- а) сульфат бария;
- б) каломель (хлорид ртути);
- в) сулему;
- г) оксид мышьяка.

831. Массивный внутрисосудистый гемолиз характерен при отравлении:

- а) мухомором;
- б) уксусной кислотой;

- в) строчками;
- г) оксидом мышьяка.

832. Ускоренное развитие и большая интенсивность мышечного окоченения характерны для отравления:

- а) кокаином;
- б) аконитином;
- в) цитотоксином;
- г) стрихнином.

833. Непосредственные причины смерти при отравлении едкими ядами могут быть:

- а) паралич дыхательного центра;
- б) шок;
- в) жировая эмболия;
- г) интоксикация;
- д) асфиксия в следствии отека слизистой глотки, гортани.

834. Яды, в зависимости от характера действия на органы и ткани, подразделяются на:

- а) едкие;
- б) общефункциональные (клеточные);
- в) деструктивные;
- г) яды, изменяющие гемоглобин крови;
- д) яды, преимущественно действующие на ЦНС.

835. Механизм действия окиси углерода:

- а) паралич дыхательного и сосудистого центров;
- б) нарушение дыхательной функции клеток;
- в) связывание гемоглобина;
- г) связывание железа в молекуле гемоглобина;
- д) перевод атома железа в геме в неактивное состояние

836. Признаки смертельного отравления цианидами:

- а) отек легких и головного мозга;
- б) розово-красное окрашивание крови, тканей и трупных пятен;
- в) специфический запах от органов и тканей;
- г) обильные синюшного цвета трупные пятна;
- д) гиперемия слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта.

837. Пищевые токсикоинфекции вызывают:

- а) пища, зараженная микробами, вызывающими инфекционное заболевание;
- б) микробные токсины, содержащиеся в пище;
- в) продукты, зараженные микробами, выделяющими токсинами.

838. Смерть при отравлении снотворными веществами наступает от:

- а) острой почечной недостаточности, уремии;
- б) острой печеночной недостаточности, интоксикации;
- в) паралича дыхательного центра;
- г) паралича сосудистого центра;
- д) паралича дыхательной мускулатуры и диафрагмы.

839. К кровяным ядам относят вещества:

- а) повышающие проницаемость сосудистых стенок;
- б) нарушающие микроциркуляцию крови;
- в) вызывающие гемолиз;
- г) нарушающие процессы кроветворения;
- д) изменяющие свойства гемоглобина.

840. Для проведения общего судебно-химического анализа от трупа берут:

- а) органы и ткани по усмотрению судебно-медицинского эксперта;
- б) сердце, печень, легкое, почки, мозг, кровь;

- в) желудок, начальную часть тонкого кишечника с содержимым, почку, мочу, печень, желчный пузырь, головной мозг, легкие;
- г) желудок, начальную часть тонкого кишечника с содержимым, кровь и мочу, печень, легкие;

841. По избирательности токсичности ядовитые грибы (бледная поганка) относятся к ядам:

- а) желудочно-кишечным;
- б) сердечным;
- в) почечным;
- г) нервным;
- д) печеночным.

842. К морфологическим признакам массивного внутрисосудистого гемолиза относят:

- а) желтуху;
- б) разлитой характер и насыщенную окраску трупных пятен;
- в) лаковый вид крови;
- г) острый пигментный нефроз.

843. Сильной степени алкогольного опьянения обычно соответствует концентрация этанола в крови:

- а) не более 0,5‰;
- б) от 0,5 до 1,5 ‰;
- в) от 1,5 до 2,5 ‰;
- г) от 2,5 до 3,0 ‰;
- д) свыше 3,0 ‰

844. Из перечисленных ядов местным некротизирующим и гемолитическим действием обладали:

- а) уксусная кислота;
- б) карболовая кислота;
- в) азотная кислота;
- г) сулема;
- д) нашатырный спирт.

845. При обнаружении алкоголя только в моче можно решить вопрос о:

- а) количестве принятого алкоголя;
- б) степени алкогольного опьянения;
- в) факте и давности приема алкоголя.

846. Яд в организм может быть введен:

- а) через рот;
- б) через легкие;
- в) внутривенно;
- г) через неповрежденную кожу;
- д) подкожно, внутримышечно.

847. Признаки смертельного отравления цианидами:

- а) отек легких и головного мозга;
- б) розово-красное окрашивание крови, тканей и трупных пятен;
- в) специфический запах от органов и тканей;
- г) обильные синюшного цвета трупные пятна;
- д) гиперемия слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта.

848. Фазы токсикодинамики алкоголя:

- а) окисление;
- б) элиминации;
- в) депонирование в тканях;
- г) выведение в неизменном виде;
- д) резорбции.

849. Установление степени алкогольного опьянения производится на основании:

- а) количественного определения алкоголя в крови;
- б) количественного определения алкоголя в крови и моче;
- в) количественного определения алкоголя в крови, моче с учетом клинической картины опьянения
- г) клинических проявлений опьянения.

850. Для подтверждения диагноза смертельного отравления грибами необходимо:

- а) провести биологическую пробу на лабораторном животном;
- б) обнаружить яд судебно-химическим методом;
- в) обнаружить остатки грибов микологическим исследованием;
- г) выявить специфические макроскопические и микроскопические изменения внутренних органов.

851. Пищевые токсикоинфекции вызывают:

- а) пища, зараженная микробами, вызывающими инфекционное заболевание;
- б) микробные токсины, содержащиеся в пище;
- в) продукты, зараженные микробами, выделяющими токсины.

852. В результате местного действия кислот в тканях развивается:

- а) гнойное воспаление;
- б) коагуляционный некроз;
- в) колликативный некроз.

853. Резорбтивное действие кислот и щелочей проявляется:

- а) парализующим действием на дыхательный и сосудистый центры;
- б) ожогами слизистой оболочки пищеварительного тракта;
- в) прямым действием на структуры клеток и тканей;
- г) нарушением кислотно-щелочного равновесия в тканях и жидких средах организма.

854. К кровяным ядам относят вещества:

- а) повышающие проницаемость сосудистых стенок;
- б) нарушающие микроциркуляцию крови;
- в) вызывающие гемолиз;
- г) нарушающие процессы кроветворения;
- д) изменяющие свойства гемоглобина.

855. Причина смерти при отравлении окисью углерода:

- а) острая тканевая гипоксия;
- б) острая дыхательная недостаточность;
- в) нарушение кислотно-щелочного состава в тканях;
- г) острая гемическая (кровяная) гипоксия.

856. Причина смерти при отравлении метгемоглобинообразующими ядами:

- а) гипоксическая аноксия;
- б) гемическая аноксия
- в) паралич дыхательного центра;
- г) тканевая аноксия.

857. Морфологические признаки при смертельном отравлении метгемоглобинообразующими ядами:

- а) жидкое состояние крови;
- б) пигментный нефроз;
- в) дистрофия печени, сердца, почек;
- г) интенсивно синюшный цвет трупных пятен;
- д) буровато-коричневый цвет крови, тканей, трупных пятен.

858. Смерть при отравлении снотворными веществами наступает от:

- а) острой почечной недостаточности, уремии;
- б) острой печеночной недостаточности, интоксикации;
- в) паралича дыхательного центра;
- г) паралича сосудистого центра;

д) парадича дыхательной мускулатуры и диафрагмы.

859. При обнаружении алкоголя только в моче можно решить вопрос о:

- а) количестве принятого алкоголя;
- б) степени алкогольного опьянения;
- в) факте и давности приема алкоголя.

860. Виды пищевых отравлений:

- а) пищевые интоксикации;
- б) пищевые токсикоинфекции;
- в) косвенные;
- г) истинные;
- д) микотоксикозы.

861. К истинно пищевым относят отравления продуктами:

- а) приготовленными с нарушением технологии;
- б) которым умышленно приданы ядовитые свойства;
- в) случайно получившим ядовитые свойства;
- г) всегда или временно ядовитыми по своей п

862. Едкие яды наиболее выраженно действуют:

- а) кумулятивно;
- б) местно;
- в) резорбтивно;
- г) одновременно резорбтивно и местно.

863. В результате местного действия щелочей в тканях развивается:

- а) гнойное воспаление;
- б) коагуляционный некроз;
- в) колликвационный некроз.

864. Судебно-медицинская диагностика смертельных отравлений основывается на данных:

- а) обстоятельств дела;
- б) предварительных проб;
- в) судебно-химического исследования органов трупа;
- г) микроскопических изменений органов и тканей трупа;
- д) макроскопического исследования трупа.

865. Механизм действия окиси углерода:

- а) паралич дыхательного и сосудистого центров;
- б) нарушение дыхательной функции клеток;
- в) связывание гемоглобина;
- г) связывание железа в молекуле гемоглобина;
- д) перевод атома железа в геме в неактивное состояние.

866. Морфологические признаки при смертельном отравлении окисью углерода:

- а) свертки крови в полостях сердца;
- б) жидкое состояние крови;
- в) ярко-розовая окраска крови, тканей и трупных пятен;
- г) вишнево-синюшная окраска крови, тканей и трупных пятен;
- д) отек ложа и стенки желчного пузыря.

рироде.

867. Массивный внутрисосудистый гемолиз характерен при отравлении:

- а) мухомором;
- б) уксусной кислотой;
- в) строчками;
- г) оксидом мышьяка.

868. Быстрое развитие и большая интенсивность мышечного окоченения характерны для отравления:

- а) кокаином;

- б) аконитином;
- в) цитотоксином;
- г) стрихнином.

869. Посуда, используемая для направления объектов на судебно-химическое исследование, должна быть:

- а) химически чистой;
- б) промытой изотоническим раствором хлорида натрия;
- в) промыта хромпиком;
- г) стерильной.

870. При подозрении на смертельное отравление этанолом необходимо провести:

- а) судебно-химическое исследование крови и мочи;
- б) общее судебно химическое исследование внутренних органов и тканей;
- в) биохимическое исследование;
- г) судебно-гистологическое исследование кусочков внутренних органов.

871. По избирательности токсичности ядовитые грибы (бледная поганка) относятся к ядам:

- а) желудочно-кишечным;
- б) сердечным;
- в) почечным;
- г) нервным;
- д) печеночным.

872. Из перечисленных ядов местным некротизирующим и гемолитическим действием обладали:

- а) уксусная кислота;
- б) карболовая кислота;
- в) азотная кислота;
- г) сулема;
- д) нашатырный спирт.

873. Для какой степени алкогольного опьянения характерны значительная эмоциональная неустойчивость, шаткая походка, неясная речь, нарушение психики и ориентировки, сонливость:

- а) легкой;
- б) средней;
- в) тяжелой;
- г) сильной.

874. Легкой степени алкогольного опьянения обычно соответствует концентрация этанола в крови:

- а) не более 0,5‰;
- б) от 0,5 до 1,5 ‰;
- в) от 1,5 до 2,5 ‰;
- г) от 2,5 до 3,0 ‰;
- д) свыше 3,0 ‰

875. Для установления кратности, давности и количества выпитых спиртных напитков необходимо и достаточно направить на судебно-химическое исследование:

- а) кровь, мочу, желудочное содержимое и цереброспинальную жидкость;
- б) кровь и желудочное содержимое;
- в) мочу и желудочное содержимое;
- г) кровь и мочу;
- д) кровь и цереброспинальную жидкость.

876. К деструктивным ядам относят:

- а) сульфат бария;
- б) каломель (хлорид ртути);
- в) сулему;

г) оксид мышьяка.

877. Выделение ядов из организма производят:

- а) легкие;
- б) почки;
- в) волосы;
- г) кожа;
- д) слизистые оболочки.

878. Едкие яды наиболее выраженно действуют:

- а) кумулятивно;
- б) местно;
- в) резорбтивно;
- г) одновременно резорбтивно и местно.

879. К кровяным ядам относят вещества:

- а) повышающие проницаемость сосудистых стенок;
- б) нарушающие микроциркуляцию крови;
- в) вызывающие гемолиз;
- г) нарушающие процессы кроветворения;
- д) изменяющие свойства гемоглобина.

880. Морфологические признаки при смертельном отравлении метгемоглобинообразующими ядами:

- а) жидкое состояние крови;
- б) пигментный нефроз;
- в) дистрофия печени, сердца, почек;
- г) интенсивно синюшный цвет трупных пятен;
- д) буровато-коричневый цвет крови, тканей, трупных пятен.

881. Установление степени алкогольного опьянения производится на основании:

- а) количественного определения алкоголя в крови;
- б) количественного определения алкоголя в крови и моче;
- в) количественного определения алкоголя в крови, моче с учетом клинической картины опьянения
- г) клинических проявлений опьянения.

882. Выраженным местным некротизирующим и гемолитическим действием обладают:

- а) сулема;
- б) уксусная кислота;
- в) карболовая кислота;
- г) нашатырный спирт;
- д) азотная кислота.

883. Легкой степени алкогольного опьянения обычно соответствует концентрация этанола в крови:

- а) не более 0,5‰;
- б) от 0,5 до 1,5 ‰;
- в) от 1,5 до 2,5 ‰;
- г) от 2,5 до 3,0 ‰;
- д) свыше 3,0 ‰

884. К деструктивным ядам относят:

- а) окислители;
- б) соединения мышьяка;
- в) соли тяжелых металлов;
- г) кислоты и щелочи.

885. Быстрое развитие и большая интенсивность мышечного окоченения характерны для отравления:

- а) кокаином;

- б) аконитином;
- в) цитотоксином;
- г) стрихнином.

886. По избирательности токсичности наркотики и снотворные относятся к ядам:

- а) желудочно-кишечным;
- б) сердечным;
- в) почечным;
- г) нервным;
- д) печеночным.

887. Для какой степени алкогольного опьянения характерны значительная повышенная утомляемость, эмоциональная неустойчивость, нарушение координации мелких движений:

- а) легкой;
- б) средней;
- в) тяжелой;
- г) сильной.

888. К наркотическим средствам относятся:

- а) этанол;
- б) кокаин;
- в) этиленгликоль;
- г) морфин.

889. Яд в организм может быть введен:

- а) через рот;
- б) через легкие;
- в) внутривенно;
- г) через неповрежденную кожу;
- д) подкожно, внутримышечно.

890. Резорбтивное действие кислот и щелочей проявляется:

- а) парализующим действием на дыхательный и сосудистый центры;
- б) ожогами слизистой оболочки пищеварительного тракта;
- в) прямым действием на структуры клеток и тканей;
- г) нарушением кислотно-щелочного равновесия в тканях и жидких средах организма.

891. При обнаружении алкоголя только в моче можно решить вопрос о:

- а) количестве принятого алкоголя;
- б) степени алкогольного опьянения;
- в) факте и давности приема алкоголя.

892. Сальмонеллез относится к:

- а) пищевым токсикоинфекциям;
- б) пищевым интоксикациям;
- в) желудочно-кишечным инфекционными заболеваниями.

893. Морфологические признаки при смертельном отравлении метгемоглобинообразующими ядами:

- а) жидкое состояние крови;
- б) пигментный нефроз;
- в) дистрофия печени, сердца, почек;
- г) интенсивно синюшный цвет трупных пятен;
- д) буровато-коричневый цвет крови, тканей, трупных пятен

.

894. Едкие яды наиболее выражено действуют:

- а) кумулятивно;
- б) местно;
- в) резорбтивно;

г) одновременно резорбтивно и местно.

895. По избирательности токсичности наркотики и снотворные относятся к ядам:

- а) желудочно-кишечным;
- б) сердечным;
- в) почечным;
- г) нервным;
- д) печеночным.

896. К деструктивным ядам относят:

- а) окислители;
- б) соединения мышьяка;
- в) соли тяжелых металлов;
- г) кислоты и щелочи.

897. Виды производственного травматизма:

- а) Промышленный;
- б) Metallургический;
- в) Сельскохозяйственный;
- г) Шахтный.

898. Виды травматического воздействия ведущие к повреждениям:

- а) Ударный;
- б) Компрессионный;
- в) Сдвиговой;
- г) Растягивающий;
- д) Трение.

899. Непосредственными причинами смерти от повреждений являются:

- а) Несовместимость с жизнью;
- б) Тромбоэмболия;
- в) Острая кровопотеря и травматический шок;
- г) Воздушная, газовая, жировая эмболия;
- д) Закрытие дыхательных отверстий и путей кровью.

900. Факторы, определяющие изменение цвета кровоподтека:

- а) Глубина кровоподтека;
- б) Область тела, где он расположен;
- в) Степень распада гемоглобина эритроцитов;
- г) Степень распада гематина.

3.2 Вопросы собеседования

1. Этапы развития судебной медицины в России.
2. История зарубежной судебной медицины.
3. Деятельность профессора М.И. Райского.
4. Деятельность профессора Попова Н.В.
5. Деятельность профессора Громова С.А.
6. Судебные медики России. Их вклад в развитие отечественной судебной медицины.
7. Деятельность врачей–судебно-медицинских экспертов во время Великой Отечественной войны.
8. Понятие о предмете и методах судебной медицины.

9. Определение понятия судебно-медицинская экспертиза. Организация и структура судебно-медицинской экспертизы в РФ.
10. Понятие об экспертизе, как источнике доказательств в уголовном и гражданском процессе.
11. Виды судебно-медицинской экспертизы.
12. Проблемы, составляющие основное содержание судебной медицины.
13. Структура и функции органов расследования.
14. Регламентация обязательного назначения судебной экспертизы (ст. 196 УПК РФ).
15. Права эксперта в соответствии с УПК РФ.
16. Деятельность эксперта в судебном заседании.
17. Порядок возбуждения уголовного дела при преступлениях против жизни и здоровья.
18. Ответственность судебно-медицинского эксперта по уголовному законодательству.
19. Освидетельствование с участием врача.
20. Порядок назначения и производства судебно-медицинской экспертизы.
21. Процессуальное положение эксперта (ст. 57 УПК РФ).
22. Обязанности судебно-медицинского эксперта по УПК РФ.
23. Основные официальные документы, регламентирующие деятельность судебно-медицинских экспертов.
24. Участие врача-специалиста в следственных действиях.
25. Пределы компетенции эксперта, его независимость, допрос эксперта, отвод эксперта.
26. Объекты судебно-медицинской экспертизы.
27. Структура Бюро СМЭ.
28. Роль и участие судебно-медицинской службы в решении задач системы здравоохранения по повышению качества медицинской помощи.
29. Определение давности и последовательности нанесения повреждений.
30. Методы исследования объектов при наличии механических повреждений.
31. Методы лабораторных исследований при судебно-медицинской экспертизе повреждений, причинённых тупыми и острыми орудиями.
32. Понятие «идентификация травмирующего орудия», способы и методы определения.
33. Вещественные доказательства. Методы лабораторных исследований при судебно-медицинской экспертизе огнестрельных повреждений?
34. Определение понятий "повреждение", "травма" и "травматизм".
35. Виды травматизма.
36. Механические факторы, причиняющие повреждения (предмет, орудие, оружие).
37. Виды травматических воздействий, приводящие к образованию повреждений
38. Виды механических повреждений и их краткая характеристика.
39. Классификация ран. Дифференциальная диагностика ран, нанесённых тупыми предметами (орудиями).
40. Классификация переломов костей.
41. Определение понятий "локальные" и "отдалённые" переломы.
42. Повреждения челюстно-лицевых костей.
43. Классификация черепно-мозговой травмы.
44. Виды внутричерепных кровоизлияний.
45. Методы исследования объектов при наличии механических повреждений.
46. Причины смерти при травмах от механических факторов.

47. Методика определения тяжести «вреда здоровью» при наличии на трупе механических повреждений для решения вопроса о причинно-следственной связи повреждения со смертью.
48. Классификация твёрдых тупых предметов (орудий).
49. Механизм образования ран от действия твёрдых тупых предметов.
50. Виды деформации, приводящие к образованию переломов, механизмы образования переломов.
51. Классификация острых орудий (предметов), механизм образования ран от действия колющих, колюще-режущих, режущих и рубящих орудий.
52. Особенности осмотра места происшествия (трупа) при травмах тупыми и острыми орудиями.
53. Особенности наружного и внутреннего исследования трупа. Порядок описания повреждений.
54. Морфология повреждений, возникающих от действия колюще-режущих предметов.
55. Морфология повреждений, нанесенных рубящим оружием и рубящими орудиями.
56. Морфология повреждений, возникающих от действия режущих предметов.
57. Определение понятий «транспортная травма» и «автомобильная травма».
58. Классификация транспортной травмы.
59. Классификация (виды) автомобильной травмы.
60. Основные механизмы образования повреждений при автомобильной травме.
61. Механизм образования повреждений при различных видах автомобильной травмы:
62. при столкновении автомобиля с человеком (наезд)
63. при переезде (перекатывании колёс) через тело человека
64. при выпадении человека из кузова или кабины автомобиля
65. при травме в кабине (салоне) автомобиля у водителя и пассажиров
66. Особенности осмотра места ДТП и трупа при автотравме
67. Особенности техники секции трупа при автомобильной травме, применение дополнительных лабораторных методов исследования
68. Морфологические признаки и механизм образования повреждений:
69. при воздействии рельсового транспорта
70. при мотоциклетной травме
71. при тракторной травме
72. при воздействии частей водного транспорта
73. Классификация авиационной травмы; факторы, приводящие к образованию повреждений при авиационной травме
74. Особенности осмотра места происшествия и проведения судебно-медицинской экспертизы при авиационной травме.
75. Определение понятия «травма при падении с высоты».
76. Какие виды падения различают?
77. Факторы, определяющие характер и тяжесть травмы при падении с высоты.
78. Механизмы образования повреждений при падении с высоты. Местные и отдалённые повреждения.
79. Морфологическая характеристика повреждений при падении с высоты:
80. Повреждения при падении на плоскость из положения стоя.
81. Повреждения при падении на лестничном марше и в замкнутом пространстве.
82. Особенности осмотра места происшествия и трупа в случаях смерти при падении с

высоты.

83. Особенности техники секции трупа.
84. Решаемые вопросы при судебно-медицинской экспертизе повреждений, образовавшихся при падении с высоты.
85. Дифференциальная диагностика повреждений транспортом и при падении с высоты.
86. Определения огнестрельного повреждения, огнестрельного оружия. Классификация огнестрельного оружия и его характеристика.
87. Боеприпасы: понятие, составные части патрона /боевого, охотничьего/. Каково их судебно-медицинское значение?
88. Каков механизм выстрела? В чем заключается баллистические свойства пули /движение пули во внешней среде/.
89. Назовите повреждающие факторы выстрела. Дайте характеристику зон действия этих факторов и их судебно-медицинское значение /определение дистанции выстрела/.
90. Перечислите особенности повреждений тканей и органов в зависимости от кинетической энергии пули. Объясните механизм их образования.
91. Назовите основные вопросы, разрешаемые при экспертизе огнестрельных повреждений, виды и методы экспертиз.
92. Назовите виды огнестрельных ранений, виды и направления раневых каналов. Каково их медико-криминалистическое значение?
93. Дайте характеристику входного огнестрельного ранения. Объясните механизм образования отдельных его признаков.
94. Дайте характеристику выходной огнестрельной раны, механизм ее формирования.
95. Объясните механизм образования раневого огнестрельного канала.
96. Назовите признаки выстрела в упор. Судебно-медицинская экспертиза повреждений при выстреле в упор.
97. Судебно-медицинское установление выстрела с близкой дистанции.
98. Судебно-медицинская экспертиза при выстреле с неблизкой дистанции. В чем заключается феномен И.В. Виноградова?
99. Судебно-медицинская оценка огнестрельных повреждений трубчатых и плоских костей /череп и ребер/? Признак Шавиньи-Никифорова?
100. Каково влияние преград на характер огнестрельных пулевых повреждений при выстрелах с близкой и неблизкой дистанций?
101. Укажите причины несоответствия числа входных и выходных пулевых ран количеству причинивших их пуль?
102. Особенности огнестрельных повреждений при выстреле из охотничьего ружья. Особенности повреждений при выстреле дробовым зарядом? Установление дистанции выстрела в этих случаях.
103. Что понимают под «холостым выстрелом»? Назовите особенности повреждений при выстреле холостыми патронами.
104. Каковы особенности повреждений при выстрелах из самодельного (и атипичного) оружия?
105. Установление направления выстрела.

106. Особенности судебно-медицинской экспертизы трупа при множественных огнестрельных повреждениях?
107. Особенности осмотра места обнаружения трупа (происшествия) при огнестрельной травме.
108. Каковы особенности проведения наружного исследования трупа при судебно-медицинской экспертизе огнестрельной травмы? Приведите схему описания огнестрельного повреждения.
109. Каковы особенности проведения внутреннего исследования трупа при судебно-медицинской экспертизе огнестрельной травмы? Изъятие, упаковка и направление материала на лабораторные исследования.
110. Судебно-медицинская экспертиза трупа (поводы, методика исследования трупа, вскрытие полостей тела; основные разрезы кожи туловища и конечностей; передней поверхности тела: по Фишеру, по Лешке, по Мак-Коллум и Мелори, по Медведеву; задней поверхности тела: по Герсамия, по Солохину;
111. Особенности методики извлечения органов из трупа (по Шору, по Абрикосову, по Вирхову, по Каира-Мареша, по Лютелю);
112. Содержание и последовательность исследования головы: мягких тканей, костей черепа и головного мозга; правила исследования органов грудной и брюшной полостей; особенности вскрытия сердца, полых органов; особенности вскрытия паренхиматозных органов; особенности исследования костей).
113. Судебно-медицинская экспертиза трупа (правила и порядок забора трупного материала для лабораторных исследований).
114. Правила оформления «Медицинского свидетельства о смерти».
115. Особенности судебно-медицинского исследования трупа при подозрении на отравление.
116. Лабораторные методы исследования электротравмы.
117. Особенности осмотра трупа и места происшествия при обнаружении трупа в очаге пожара.
118. Терминальные состояния. Клиническая и биологическая смерть.
119. Определение давности наступления смерти
120. Морфологические признаки остро наступившей смерти
121. Использование трупных органов и тканей для трансплантации. Правовые, морально-этические и медицинские аспекты реанимации трансплантации. Закон РФ о трансплантации органов и (или) тканей человека, 1992 г.
122. Судебно-медицинская (медико-биологическая) классификация смерти
123. Перечень трупов являющихся объектами судебно-медицинской экспертизы.
124. Танатогенез и его составные части.
125. Судебно-медицинский диагноз, определение, правила составления и требования к нему.
126. Определение понятий основная причина смерти, непосредственная причина смерти.
127. Правила и порядок оформления медицинского свидетельства о смерти.
128. Что понимают под "местом происшествия"?
129. В чьи обязанности входит организация и проведение осмотра места происшествия?
130. Организация осмотра места происшествия.
131. Стадии и последовательность осмотра трупа на месте его обнаружения.

132. Дайте определение понятию "давность наступления смерти".
133. Перечислите основные методы, с помощью которых эксперт решает вопрос о давности наступления смерти на месте происшествия.
134. Трупное окоченение, возможные теории механизмов образования трупного окоченения. Каковы правила исследования и медико-криминалистическое значение трупного окоченения?
135. Охлаждение трупа, сроки формирования. Укажите правила проведения термометрии трупа.
136. Стадии и сроки развития образования трупных пятен. Укажите правила исследования трупных пятен. Каково судебно-медицинское значение трупных пятен?
137. Высыхание, механизм и его морфологические проявления высыхания.
138. Понятие и медико-криминалистическое значение суправитальных реакций; методы исследования и оптимальная длительность их проявления.
139. Условия развития, механизм и проявления жировоска, торфяного дубления и мумификации. Каково медико-криминалистическое значение указанных трупных явлений?
140. Выявление следов крови на месте происшествия. Классификация элементарных следов крови.
141. Пятна крови (от падения, от брызг); механизмы образования, экспертное значение.
142. Мазки, отпечатки крови; механизмы образования, экспертное значение.
143. Потёки, лужи крови; механизмы образования, экспертное значение.
144. Определение понятия «новорожденность» с судебно-медицинской точки зрения, ее признаки.
145. Периоды развития плода и новорожденного.
146. Причины ненасильственной смерти новорожденных.
147. Причины насильственной смерти новорожденных.
148. Понятие «детоубийство».
149. Вопросы, решаемые при СМЭ трупов новорожденных.
150. Методы установления внутриутробного возраста.
151. Доношенность, зрелость, их критерии.
152. Критерии жизнеспособности в судебно-медицинской экспертизе.
153. Установление живорожденности (по данным секции и лабораторными методами).
154. Установление продолжительности внеутробной жизни (по данным секции и лабораторными методами).
155. Повреждения, возникающие при родовой травме. Их дифференциальная диагностика с механической травмой.
156. Особенности техники и методики вскрытия трупов новорожденных.
157. Признаки ухода за ребенком после рождения.
158. Классификации смерти. Что лежит в основании медико-биологической и социально-правовой (юридической) классификаций смерти?
159. Назовите и раскройте содержание категория, род, виды причин смерти в соответствии с медико-биологической классификаций смерти.
160. Назовите и раскройте содержание категория, род, виды причин смерти в соответствии с социально-правовой (юридической) классификаций смерти.
161. Дайте определение понятия "Заключение эксперта", какова его структура?
162. Укажите содержание вводной части "Заключения эксперта".

163. Назовите содержание исследовательской части "*Заключения эксперта*".
164. Что понимают под терминами причина смерти (в соответствии с МКБ 10), генез смерти (танатогенез)?
165. Что понимают под терминами *основная* причина смерти (основное повреждение/заболевание), *непосредственная* причина смерти?
166. Что понимают под *осложнением* основного повреждения/заболевания? сопутствующими повреждениями/заболеваниями? фоновым повреждением/заболеванием?
167. Что понимают под *конкуренцией* между причинами смерти? *сочетанной* причине смерти?
168. Диагноз; определение, структура судебно-медицинского и клинического диагнозов.
169. Механическая асфиксия: определение, классификация.
170. Генез смерти при различных видах механической асфиксии.
171. Общие морфологические признаки, наблюдаемые при всех видах механической асфиксии.
172. Повешение: танатогенез, морфологические особенности.
173. Морфологические признаки повреждений, характерных для удушения руками.
174. Обтурационная асфиксия, ее виды, генез смерти при различных ее видах, морфологические признаки.
175. Компрессионная асфиксия, ее виды, генез смерти, морфологические признаки.
176. Аспирационная асфиксия, генез смерти, морфологические признаки, дифференциальная диагностика прижизненного и посмертного попадания пищевых масс в дыхательные пути.
177. Понятие «утопление» и «смерть в воде». Типы утопления в воде, их танатогенез.
178. Морфологические признаки утопления в воде.
179. Лабораторные методы исследования для диагностики утопления.
180. Определение продолжительности пребывания трупа в воде.
181. Общее действие высокой температуры на организм человека (тепловой и солнечный удар; патогенез, характерные патоморфологические признаки, лабораторные методы исследования).
182. Общее переохлаждение организма (факторы, способствующие наступлению смерти от общего переохлаждения организма; танатогенез, характерные патоморфологические признаки).
183. Электротравма (танатогенез, характерные патоморфологические признаки).
184. Особенности осмотра трупа и места происшествия при поражении техническим и атмосферным электричеством
185. Определение понятия «яд». Классификация ядов.
186. Условия действия ядов на организм.
187. Правила забора материала для судебно-химического исследования при подозрении на отравление, оценка результатов исследования.
188. Отравление едкими ядами. Морфологические признаки, наблюдаемые при исследовании трупов лиц, погибших от отравления ядами этой группы.
189. Отравление этиловым спиртом. Морфологические признаки, наблюдаемые при исследовании трупов лиц, погибших от отравления алкоголем.
190. Оценка результатов судебно-химического исследования на содержание алкоголя.
191. Особенности действия алкоголя на детский организм.
192. Отравление окисью углерода. Морфологическая картина, наблюдаемая в случаях

отравления окисью углерода.

193. Техника проведения пробы Гоппле-Зейлера.

194. Оценка результатов судебно-химического исследования на содержание карбоксигемоглобина.

195. Признаки прижизненного нахождения в очаге пожара.

196. Особенности отравлений окисью углерода у детей.

197. Отравления морфином и морфинсодержащими веществами.

198. Морфологические признаки, свидетельствующие об отравлении морфинсодержащими веществами.

199. Отравление сильнодействующими лекарственными веществами (производные барбитуровой кислоты, производные фенотиазина, производные 1,4-бензодиазепина).

200. Морфологические признаки, наблюдаемые при исследовании трупов лиц, погибших от отравления сильнодействующими лекарственными веществами.

3.3. Алгоритмы практических навыков

Алгоритмы практических навыков

1. участвуя в осмотре трупа на месте его обнаружения установить факт и давность наступления смерти, помочь следователю в составлении протокола осмотра трупа на месте происшествия;
2. описывать повреждения в соответствии с принятыми в судебной медицине правилами;
3. оказать помощь следователю в обнаружении, фиксации и упаковке вещественных доказательств биологического происхождения, в
4. формулировка вопросов, которые могут быть поставлены перед экспертом, исследующим вещественные доказательства;
5. провести судебно-медицинское освидетельствование потерпевших, подозреваемых и других лиц, описать обнаруженные повреждения;
6. анализировать сопроводительные документы перед проведением судебно-медицинского исследования трупа;
7. построить план проведения исследования трупа;
8. произвести полное судебно-медицинское исследование трупа (исследование одежды, наружное и внутреннее исследование);
9. применять специальные методы исследования у секционного стола (пробы на пневмоторакс и воздушную эмболию, плавательные пробы при решении вопроса о живорожденности, проба Гоппле-Зейлера и др.);
10. определить комплекс необходимых лабораторных методов исследования;
11. изъять необходимый материал от трупа для судебно-химического, бактериологического, судебно-гистологического, медико-криминалистического, судебно-биологического исследования;
12. интерпретировать результаты лабораторных исследований и сопоставлять их с морфологическими находками;
13. заполнить медицинское свидетельство о смерти;
14. поставить судебно-медицинский диагноз;
15. формулировать обоснованные ответы на вопросы следователя при составлении выводов в Заключение эксперта;
16. оформить судебно-медицинскую документацию;
17. рассчитывать и анализировать основные медико-демографические показатели;
18. организовывать обработку и защиту персональных данных в медицинской организации;

19. работать со специальными медицинскими регистрами;
20. осуществлять общее руководство использованием информационной системы в медицинской организации;
21. применять информационные технологии для решения задач в своей профессиональной деятельности;
22. анализировать профессионально-педагогические ситуации;
23. строить социальные взаимодействия с участниками образовательного процесса на основе учёта этнокультурных и конфессиональных ценностей;
24. ориентироваться в действующих нормативно-правовых актах по вопросам организации медико-санитарного обеспечения населения при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, применять их в конкретных практических ситуациях;
25. осмотр трупа на месте происшествия;
26. регистрации ранних и поздних трупных явлений;
27. описания повреждений;
28. исследования медицинских документов и материалов дела;
29. судебно-медицинского исследования трупа или его частей;
30. проведения специальных проб;
31. забора материала для лабораторных исследований;
32. интерпретации результатов лабораторных методов исследования;
33. составления судебно-медицинского заключения;
34. использования диагностических и оценочных шкал, применяемых в судебной медицине;
35. расчёта и анализа статистических показателей, характеризующих состояние здоровья населения и системы здравоохранения;
36. анализа деятельности различных подразделений экспертной организации;
37. составления различных отчётов, подготовки организационно-распорядительных документов;
38. оформления официальных медицинских документов, ведения первичной медицинской документации;
39. работы с медицинскими информационными ресурсами и поиска профессиональной информации в сети Интернет;
40. работы с научно-педагогической литературой;
41. приёмами психической саморегуляции в процессе обучения других;
42. общения по формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;
43. основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первичной врачебной медико-санитарной помощи при угрожающих жизни состояниях;
44. организации санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий при чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера в мирное и военное время;
45. правильного ведения медицинской документации в чрезвычайных ситуациях;
46. принятия оптимальных управленческих решений;
47. организации работы малого коллектива исполнителей в процессе решения конкретных профессиональных задач;
48. организации служебной деятельности исполнителей, осуществлять контроль и учёт её результатов
49. выявления и содействия пресечению коррупционных проявлений в служебном коллективе;
50. осуществления своей профессиональной деятельности во взаимодействии с сотрудниками правоохранительных органов, представителями других

государственных органов, органов местного самоуправления, общественных объединений, с муниципальными органами охраны общественного порядка, трудовыми коллективами, гражданами, со средствами массовой информации.

3.4. Ситуационные задачи

ЗАДАЧА №1

ВОПРОСЫ, ПОСТАВЛЕННЫЕ НА РАЗРЕШЕНИЕ ЭКСПЕРТИЗЫ

1. Какие телесные повреждения имеются?
2. Каков механизм образования телесных повреждений?
3. Давность причинения телесных повреждений?
4. Какова степень тяжести вреда здоровью?

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА

Со слов: "13 августа 20... г. на улице избили неизвестные, удары наносили кулаками. Лечусь у стоматолога по месту жительства. Был обследован невропатологом, направлен в МСЧ № 1, но от госпитализации отказался по семейным обстоятельствам". Жалобы на головную боль.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Правая глазная щель сужена за счет отека, на всю видимую склеру этого глаза ярко-красное кровоизлияние. На веках с переходом в скуловую область пестрый багровый с желтизной кровоподтек около 10х7 см, на лбу справа ссадина 4х3 см, обработанная раствором бриллиантовой зелени. На веках слева желтовато-зеленоватый кровоподтек 5х4 см. Других повреждений не предъявлено. Запрошены мед. документы.

Амбулаторная карта представлена 13/XI-20... г.

ДАННЫЕ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ

Из *амбулаторной карты*, заведенной в травмпункте МСЧ № 9 на имя гр. М-на следует, что он "обращался за мед. помощью 14/08-20... г. 13/08 был избит на остановке подростками. Объективно: асимметрия лица за счет припухлости справа, на лице ссадины, вокруг глаз гематомы. Произведен туалет бриллиантовой зеленью. Диагноз: ушиб лица. Осмотр ЛОР-врача – диагноз: Сотрясение головного мозга, ушибы мягких тканей лица. На R-грамме черепа и носа – без патологии. От госпитализации отказался. 18/08 – данные те же. 19/08- жалобы на головные боли. Кожа подглазничной области справа, верхнего века правого глаза, височной области справа синюшно-багрового цвета. 25/08 – боли меньше. К труду с 26/08-20... г." Других записей в *карте* нет.

Выводы

На основании проведенной судебно-медицинской экспертизы гр-на М-на, 27 лет и данных медицинских документов прихожу к следующим выводам: ...

1. ...
2. ...

Судебно-медицинский эксперт
14.09.20... г.

ЗАДАЧА №2

ВОПРОСЫ, ПОСТАВЛЕННЫЕ НА РАЗРЕШЕНИЕ ЭКСПЕРТИЗЫ

1. Какие телесные повреждения имеются?
2. Каков механизм образования телесных повреждений?
3. Давность причинения телесных повреждений?
4. Какова степень тяжести вреда здоровью?

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА

Со слов: "08.03.20... года незнакомый ударил ножом в пах. Лечился стационарно в ОКБ". Жалобы на боли в месте ранения.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

На мошонке рубец дугообразной формы, огибающий мошонку слева и сзади, проходящий по основанию полового члена на задней его поверхности, общей длиной около 10 см. По ходу паховой складки справа, в верхней ее трети, располагается подобный рубец длиной 5 см. Края рубцов довольно ровные на всем протяжении; местами рубцы покрыты красно-бурыми сухими корочками. По сторонам от них имеются следы хирургических швов. Других повреждений не предъявлено.

ДАННЫЕ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ

Из *медицинской карты №... стационарного больного*, заведенной в ОКБ ва гр. Т-ва, 24 лет известно, что он "поступил в отделение 08 марта 20... г. в 22⁰⁰. Жалобы на боль в паховой области слева в районе ножевого ранения. Около 21⁰⁰, находясь в состоянии алкогольного опьянения, получил удары ножом в пах от неизвестного /во время пьяной драки/. Объективно: общее состояние средней тяжести, окраска кожных покровов цианотична. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. Сердце – тоны приглушены. АД – 70/40 мм рт. ст. Пульс – 100 – слабого наполнения. Локально: в левой пахово-мошоночной области, на левой половине мошонки резаная рана 4х2 см, кровоточит. При пальпации мошонки отмечается болезненность. Под местной анестезией произведена ревизия раны. Раневой канал идет кверху и несколько кзади, уходит до пупартовой связки слева. При ревизии найдена мошоночная гематома – сгустки до 100 г свежая кровь. Поднят в операционную для тщательной ревизии раны. Операция: ревизия раны. Гемостаз. Дренаж раны... Кожа в области раны рассечена. Установлено, что раневой канал проходит из левой паховой области в правую паховую область, кверху от уретры у основания полового члена. В уретру введен резиновый катетер. Моча макроскопически прозрачная. Повреждения уретры не выявлено. Повреждено кавернозное тело (рана длиной 0,3 см, обильно кровит). Рана кавернозного тела ушита нитью... Повреждения мышц в области корня полового члена и правой паховой области. Для ревизии раневого канала сделан разрез в правой паховой области. Раневой канал оканчивается в мышцах правого бедра. Мышцы по возможности ушиты. Раны дренированы ... ушиты до дренажа... Повязки. 09/03 обход доцента ... Состояние больного удовлетворительное. Моча по катетеру макроскопически прозрачная. Удален катетер из уретры. 11.03 – разрешено ходить. В последующие дни состояние больного удовлетворительное. Жалоб нет. Повязки сухие. Дренаж удален 23.03. Выписан на амбулаторное лечение у хирурга 23.03. Диагноз: Колото-резаная рана мошонки с повреждением полового члена и мышц правого бедра. Алкогольное опьянение".

Выводы

На основании проведенного судебно-медицинского освидетельствования гр-на Т-ва, 24 лет и данных медицинских документов прихожу к следующим выводам: ...

1...

2...

3. ...

Судебно-медицинский эксперт

30.09.20... г.

ЗАДАЧА № 3

ВОПРОСЫ, ПОСТАВЛЕННЫЕ НА РАЗРЕШЕНИЕ ЭКСПЕРТИЗЫ

1. Какие телесные повреждения имеются?
2. Каков механизм образования телесных повреждений?
3. Давность причинения телесных повреждений?
4. Какова степень тяжести вреда здоровью?

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА

Со слов: "29.12.20 ... г. дома избил сын, в постели душил руками за шею, ударил головой о стену, потом свалил с кровати, при падении ударились грудью об пол. Обращалась за мед. помощью в МСЧ-9. Жалобы на боли в местах ударов".

Данные медицинских документов.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Следов телесных повреждений не обнаружено.

Представлена *амбулаторная карта*.

ДАННЫЕ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ

Из *медицинской карты №... амбулаторного больного*, заведенной в травмпункте МСЧ-9 на имя Л-вой следует, что она "обратилась за мед. помощью 07.01.20... г. – жалобы на боли в грудной клетке справа, усиливающиеся при кашле и при движении. Объективно: видимых изменений на грудной клетке нет. Кровоподтеков, подкожных эмфизем нет. В легких дыхание везикулярное, хрипы единичные. При пальпации болезненность в проекции V-VII ребер по средне-ключичной линии. На Р-грамме ребер справа – костно-травматических изменений нет. Диагноз: ушиб грудной клетки справа. Назначена явка на 13.01.20... г. – не явилась". Других записей в *карте* нет.

Выводы

На основании проведенного судебно-медицинского освидетельствования гр-ки Л-вой, 60 лет и данных медицинских документов прихожу к следующим выводам: ...

1...

2...

3...

Судебно-медицинский эксперт

11.01.20... г.

ЗАДАЧА № 4

ВОПРОСЫ, ПОСТАВЛЕННЫЕ НА РАЗРЕШЕНИЕ ЭКСПЕРТИЗЫ

1. Какие телесные повреждения имеются?
2. Каков механизм образования телесных повреждений?
3. Давность причинения телесных повреждений?
4. Какова степень тяжести вреда здоровью?

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА

Со слов: "06.03.20... г. дома нанесен удар ножом в живот. Бригадой "СП" был доставлен в горбольницу № 6. Жалоб на здоровье нет".

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

В проекции передней нижней ости крыла левой подвздошной кости, вблизи от паховой складки, поперечно расположен розоватый, линейный, малоподвижный рубец 0,5 см со следами от швов. Других повреждений не предъявлено.

Представлены медицинские документы.

ДАННЫЕ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ

Из медицинской карты № ... стационарного больного, заведенной в МСЧ № 6 на имя гр. Б-ва следует: "... Поступил 8 марта 20... г. с жалобами на боль в левом боку. Дома ножом ударила сожительница. Объективно: Состояние удовлетворительное, кожные покровы физиологической окраски. АД 120/80 мм рт. ст. Пульс 76 уд. в мин. Живот при пальпации мягкий. Локально: снаружи на 3 см от проекции крыла подвздошной кости слева почти по ходу паховой складки ножевая рана длиной около 1 см, умеренно кровоточит. При ревизии раневого канала установлено, что рана проходит в наружной группе мышц таза на протяжении около 7 см. Рана ушита..." В последующие дни состояние удовлетворительное. Выписан 13 марта с диагнозом: "ножевое ранение мягких тканей таза слева".

Выводы

На основании проведенного судебно-медицинского освидетельствования гр-на Б-ва, 41 года лет и данных медицинских документов прихожу к следующим выводам: ...

1...

2...

Судебно-медицинский эксперт

20.12.20... г.

ЗАДАЧА № 5

Вопросы, поставленные на решение экспертизы

1. Какие телесные повреждения имелись у гр-ки З-вой?
2. Каковы давность, механизм образования и степень тяжести повреждений?

Обстоятельства дела

Со слов: "30 января 20.. г. избили металлическим прутом неизвестные. Обращалась за медицинской помощью в ГБ № 21, обнаружили перелом руки". Жалоб на здоровье нет.

Данные объективного осмотра

В лобно-теменной области слева косо-продольного направления, розоватый, не спаянный с подлежащими тканями, чуть ниже уровня окружающей кожи линейный рубец 4 см. С подобными свойствами рубцы: вертикального направления в теменной области справа 4,х0,5 см; на локтевой поверхности левого предплечья, горизонтального направления, несколько втянутый, длиной 2 см. Других повреждений не предъявлено.

Запрошены медицинские документы.

Данные медицинских документов

Из представленной карты пострадавшего от травмы на имя З-вой, следует, что она "обратилась на прием 01.02.20... г. в 13⁰⁰. Со слов – 29.01. избита на работе (дежурила за мужа в магазине). Лечилась в стационаре. Объективно: на лбу – ушитая рана, на левой руке гипсовая лонгета. На R-грамме левого предплечья перелом верхней трети левой локтевой кости со смещением отломков на $\frac{1}{2}$ ширины кости. На R-грамме черепа костно-травматических изменений нет. 03.02 – сняты швы с раны лба. 06.02 – сняты швы с предплечья. R-контроль в гипсе – состояние отломков прежнее. Смещение отломков локтевой кости сохраняется. 17.02 – переведена в циркулярную гипсовую повязку. Иммобилизация до 2,5 месяцев. На R-грамме верхней трети предплечья – контроль, костная мозоль слабая. Смещение отломков прежнее. 16.03. – R-грамма верхней трети правого предплечья в гипсе – контроль – состояние отломков удовлетворительное, костная мозоль слабая. Следующий осмотр через месяц. 13.04. R-контроль в повязке – костная мозоль удовлетворительная, повязка снята".

В карте имеется выписной эпикриз на имя З-вой, выданный в травматологическом отделении ГБ № 21, где она находилась на лечении с 29.01 по 30.01.20... г. "...Диагноз: Ушибленная рана области лба, ушиб головы, открытый перелом левой локтевой кости с незначительным смещением отломков. Лечение симптоматическое. ПХО ран головы при поступлении. От лечения в стационаре отказалась. Амбулаторное наблюдение в травм. пункте".

Данные ПХО ран на 04.05.20... г. не представлены.

Выводы

На основании проведенного судебно-медицинского освидетельствования гр-ки З-вой и данных медицинских документов прихожу к следующим выводам: ...

1...

2...

Судебно-медицинский эксперт

20.12.20... г.

ЗАДАЧА № 6

Вопросы, поставленные на решение экспертизы

1. Какие телесные повреждения имеются?
2. Каков механизм образования повреждений и степени тяжести?
3. Давность причинения повреждений?
4. С какой силой было нанесено ранение?
5. Возможно ли причинение ранения по неосторожности, при обстоятельствах, указанных подсудимым в судебном заседании - постановлении?

Обстоятельства дела

Со слов: "24.10.20... г. была сильно пьяная, как получила ножевое ранение не помню. Лечилась в стационаре. Жалоб нет".

Из постановления: "24.10.20... г. около 18 часов в своей квартире П., в ссоре возникшей на почве пьянки и личных неприязненных отношений нанес удар ножом в сердце свое жене П. От удара нож сломался".

В судебном заседании П., пояснил - когда он резал что-то ножом на столе, жена подошла к нему, и стала ругать, что он не ночевал дома, он хотел жену оттолкнуть и, не подумав, что в руке нож ее толкнул и ударил ножом. Жена пошатнулась и легла на диван. Он испугался и выбросил нож, даже не подумав, что он сломался. Он не хотел нанести удар жене, удар произошел машинально.

Данные объективного осмотра

В эпигастральной области, слева от срединной линии, продольный рубец длиной 5 см. На 4 см левее его, косо-продольный рубец со следами швов длиной 5 см. В 5-ом межреберье послеоперационный рубец, от задне-подмышечной линии до грудины. Представлена история болезни.

Данные медицинских документов

Из медицинской карты № 632 стационарного больного, заведенной в ЦРБ на П., следует, что она поступила 24.10.20.. г. в 19.00. жалобы на боли в груди, слабость. Час назад получила ножевое ранение дома, доставлена "скорой". Почувствовала боль, слабость, головокружение. Сознание больной спутанное, состояние тяжелое. Кожа и слизистые бледные. Тоны сердца глухие, ритмичные. Пульс 78 ударов в минуту. АД 60/40 мм рт.ст. Дыхание везикулярное проводится во все отделы. Симптом Пастернацкого отрицательный. Локально: живот правильной формы, симметричен, не вздут. При пальпации мягкий, безболезненный. Ножевое ранение груди слева в 7-м межреберье, рана 2-3 см вдоль ребер. Из раны сочится кровь. При мягком надавливании в области раны, больная кричит, в ране остаток сломанного ножевого ... Через рану пальпируется кусок сломанного ножа. На R-грамме легких слева снижена вентиляция. Жидкости в плевральной полости нет. Дренаж. Справа - чисто. Операция: торакотомия слева, удаление инородного тела перикарда в сердце, ушивание раны сердца. Произведен разрез в проекции пальпирующего под кожей отломка ножа в 7-ом межреберье, парастернально. Раневой канал уходит медиально, определяется передаточная пульсация отломка. Лапароцентез по средней линии под мечевидным отростком. При пальцевой ревизии установлено, что нож выше диафрагмы, не повреждая ее, проникает в перикард. Передняя торакотомия по 6-му м/р слева. В плевральной полости следы крови. Перикард напряжен, багрово-синюшного цвета, не пульсирует. Произведена широкая перикардотомия удалено до 250 мл жидкой крови и сгустков. По передней поверхности перикарда имеется рана через которую проходит отломок ножа и внедряется в

просвет правого желудочка по его передней поверхности. Конец ножа пальпируется в просвете сердца через стенку левого предсердия. Отломок удален через раневой канал. Пальцевое прижатие раны правого желудочка, размерами 1,5х0,5 см. Рана ушита П-образным и узловым швами капроном. При ревизии задней поверхности сердца на стенке левого предсердия на 2 см спереди от устьев правых легочных вен имеется субэпикардальные кровоизлияния, но стенка не повреждена, полость перикарда промыта, наложена перикардиостома 0,5х0,5 см по задней поверхности. Перикард ушит. При ревизии плевральной полости других повреждений не выявлено. Базальный дренаж. Послойное ушивание ран грудной стенки. Ас. повязка, состояние больной после операции тяжелое... В сознании ... на ИВЛ, самостоятельное дыхание сохранено, но неадекватно. Тоны сердца звучные. 26.10. - переведена из реанимационного отделения. Состояние больной стабильное ... 27.10 - Rg-скопия, слева - гиповентиляция легочной ткани. Воздуха и жидкости в плевральной полости не определяется. Дренаж. Подкожная эмфизема. Тень сердца не расширена, пульсация прослеживается. Под диафрагмой справа небольшое количество воздуха. 28.10 - удален дренаж, швы на кожу. Швы без признаков воспаления ... 01.11 - Rg-скопия, слева воздух и жидкость в плевральной полости не определяется. Гиповентиляция нижней доли, тень сердца не расширена. 04.11 - состояние удовлетворительное. Сняты швы, рубцы состоятельны без признаков воспаления. 09.11 - состояние больной удовлетворительное. Выписывается на амбулаторное долечивание с диагнозом: проникающее ножевое ранение груди слева, ранение сердца, тампонада сердца".

ВЫВОДЫ

На основании проведенного судебно-медицинского освидетельствования гр-ки П. и данных медицинских документов прихожу к следующим выводам: ...

1...

2...

Судебно-медицинский эксперт

20.12.20... г.

ЗАДАЧА № 7

Вопросы, поставленные на решение экспертизы

1. Какие телесные повреждения имелись у Ш.
2. Каковы давность, механизм образования повреждений, степень тяжести вреда здоровью?

Обстоятельства дела

Из постановления о назначении экспертизы известно, что 18.08.200... г. около 23.45 мин. группа парней оказала сопротивление работнику милиции Ш., душила его.

Со слов: «Жалобы на неприятные ощущения в области шеи слева. Глотание безболезненное. Самопроизвольного мочеиспускания, дефекации в момент травмы не было». За медицинской помощью не обращался.

Данные объективного исследования

Свидетельствуемый правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски. Общее физическое развитие соответствует паспортному возрасту. На боковой поверхности шеи слева в проекции кивательной мышцы четыре полосовидных ярко красных кровоподтёка с чёткими контурами и соединяющихся между собой краям, длиной до 5 см и шириной до 1 см, при этом чётко прослеживаются закруглённые передние наружные концы. На всей площади до 5х4 см мягкие ткани несколько отечные. Здесь же имеется светло-красно-влажная ссадина, несколько ниже уровня кожи 0,5х0,6 см. Каких-либо других телесных повреждений не предъявлено.

Выводы

На основании проведенной судебно-медицинской экспертизы гр-на Ш., 26 лет и данных медицинских документов прихожу к следующим выводам: ...

1. ...

2.

Судебно-медицинский эксперт

19.08.20... г.

ЗАДАЧА № 8

ВОПРОСЫ, ПОСТАВЛЕННЫЕ НА РАЗРЕШЕНИЕ ЭКСПЕРТИЗЫ

1. Какие телесные повреждения получены при ДТП?
2. Механизм и давность образования телесных повреждений?
3. Квалификация тяжести телесных повреждений?

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА

Из постановления известно, что «18.09.20... г. в 22⁰⁰ по Б. Гагарина г. Перми водитель Комкин А.И. управляя а/м ВАЗ-2199 г/н ... совершил наезд на пешехода Д-ва В.Д., в результат чего гр. Д-ов получил телесные повреждения».

На экспертизу представлены:

25.10.20... г. поступили: рентгенснимки левой голени, заключение эксперта № 605 м/д на имя Д-ва В.Д. и постановление о назначении комиссионной судебной экспертизы.

15.11.20... г. поступили: медицинская карта стационарного больного № 748, медицинская карта амбулаторного больного на имя Д-ва В.Д.

ИССЛЕДОВАНИЕ

Данные медицинских документов

Из медицинской карты № 748 стационарного больного, заведенной на имя Данилова В.Д. 19.09.20... г. в МУЗ ... следует: "Поступил 19.09.20... г. в 10⁰⁰. Больной в сопорном состоянии доставлен «03». Со слов родственников сбита машиной 18.09.20... г. В контакт не вступает, жалоб не предъявляет. Видимых ушибов, гематом на голове нет. Госпитализирован на иммобилизированной шине. Об-но: Состояние тяжелое. Сопор-прекома. На болевые раздражители реагирует, на звуковые вяло. Команды не выполняет. Был после травмы в сознании, исключено было ЗЧМТ, затем степень сознания снизилась. Кожные покровы физиологической окраски. АД 130/80 мм рт. ст., пульс 88 в минуту, ритмичный. Живот мягкий безболезненный. Дыхание без хрипов. Зрачки одинаковые, на свет реагируют содружественно, нистагма нет. Ригидности затылочных мышц нет. СХР одинаковые. Левая голень в с/з деформирована, укорочена, отечна, осадненная. Наложена временная гипсовая имм-я задней лонгеты, больной на ИВЛ. Интенсивное лечение в АРО. Диагноз: Сочетанная травма. З/перелом с/з левой голени со смещением отломков. ЗЧМТ. Ушиб головного мозга? Жировая эмболия?

19.09.20... г. Невролог. Состояние тяжелое, сопор, не контактен. На осмотр реагирует сопротивлением. Менингеальных знаков нет. Зрачки равны, фотореакции живые. Левая щека «парусит». Глотательный рефлекс сохранен. Мышечный тонус в левых конечностях несколько повышен по пирамидному типу, в правых не изменен. СХР правая больше левой. Чувствительность в левой руке снижена. Координационные пробы не выполняет. Дыхание шумное. Из анамнеза факта травмы головы нет. Диагноз: Ишемический инсульт, жировая тромбоэмболия в басс. ПСМН (19.09.20... г.) Левосторонний спастический гемопарез. Сопор. Острый период. 19.09.20... г. Дыхание самостоятельное, неадекватное, ЧДД 18-20 в минуту, по всем полям проводные хрипы. С целью обеспечения проходимости дыхательных путей и адекватной вентиляции б-й переведен на ИВЛ...

20.09.20... г. Травматолог. Состояние тяжелое, на ИВЛ, на болевые раздражители реагирует. Гемодинамика стабильная. Гипс снят. Отек, гематома, деформация голени слева, единичный мелкий эпидермальный пузырь, крепитация отломков. На Р-грамме от

19.09.20... г. – оскольчатый перелом обеих костей левой голени в с/з со смещением по длине и ширине. На Р-грамме черепа – без особенностей (плохое качество). Под м/а выполнено скелетное вытяжение за левую пяточную кость – груз 7 кг...

25.09.20... г. Состояние крайне тяжелое. Тяжесть обусловлена течением респираторного дистресс-синдрома. ИВЛ-6-03. Дыхание проводится по всем полям. АД 120/80, пульс 88 в минуту. ЦВД 120. Живот мягкий, перистальтика определяется. Диурез со стимуляцией...

29.09.20... г. Состояние стабильное, тяжелое. Зрачки равны, фотореакция сохранена. АД 100/60 – 110/70, пульс 120 – 100 в минуту, ЦВД – 50 мм. Сердечные тоны ясные, ритмичные. В легких дыхание проводится по всем полям. Живот мягкий, перистальтика умеренная. Энтерально – усваивает. Диурез достаточный...

30.09.20... г. Состояние в течение суток стабильное тяжелое. На осмотр, боль, обращение – открывает глаза, выполняет простые команды. Зрачки равны, фотореакция сохранена. Кожа теплая, сухая, язык влажный. Дыхание самостоятельное, адекватное через ЭТТ, ЧДД 18-24 в минуту. Из трахеи – скудно гнойная мокрота. Дыхание проводится по всем полям. АД 120/80 – 130/90, пульс 100 – 108 в минуту. ЦВД 90 - 100 мм. в/ст. Живот мягкий, перистальтика определяется, энтерально усваивает частично. 03.10.20... г. Состояние средней тяжести, в сознании, разговаривает. Соматически стабилен. На Р-грамме – смещение значительное, боковое, интерпозиция костных отломков. Рекомендовано увеличить груз вытяжения на 1 кг...

10.10.20... г. Состояние средней тяжести. В сознании, жалоб нет. Ест, газы отходят, гемодинамика стабильная. АД 130/90, пульс 112 в минуту. Дыхание жесткое, ослабленное в базальных отделах. Живот мягкий, перистальтика выслушивается. Диурез достаточный. Готовится к операции...

11.10.20... г. Операция: Металлоостеосинтез левой большеберцовой и малоберцовой на костными пластинами ЦИТО; дренирование п/операционной раны. Под СМА – продольным разрезом между мало и большеберцовой костями по передней поверхности левой голени в н/з с/з все слои к большеберцовой кости; выделены оба отломка, смещенные, интерпонированные мышцами, осколками, с фибрином, патологическая подвижность, однозубным крючком, после обработки отломки левой б/берцовой сопоставлены, удерживаются костно-держателем, подобрана пластина – на костный металлоостеосинтез левой большеберцовой кости пластиной ЦИТО – 8 винтами – устойчивое стояние место перелома. Перелом левой малоберцовой кости – смещенный, фибрин - отломки леватором сопоставлены на костной пластиной ЦИТО – 2-мя винтами фиксирована – на костная металлоостеосинтез пластиной ЦИТО. Рана промыта, дренирована... 16.10.20... г. Отек уменьшился. Повязка сухая, швы состоятельны, онемения нет. Гипс подмотан Дыхание справа ослаблено, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Стул, диурез в норме. На костылях ходит. 23.10.20... г. Жалобы на пролежень в крестце. Швы сняты 21.10.20... г. – заживление первичным натяжением. Гипс подмотан. Хрипов нет. Живот мягкий, б/болезненный. Выписан 23.10.20... г. с диагнозом: Сочетанная травма. Закрытый перелом обеих костей левой голени, оскольчатый, со смещением. ЗЧМТ. Сотрясение головного мозга. Жировая эмболия. Кома».

Из медицинской карты амбулаторного больного заведенной на имя Д-ва В.Д.: «25.10.20... г. Вызов на дом. Жалобы на боли в области левой голени, в области крестца. Об-но: В области левой голени гипс. Стопа отекая, пальцы шевелятся. В области крестца обширный пролежень 15x15x10 см. с серозно-гнойным отделяемым. Диагноз: Перелом обеих костей с/з левой голени. Состояние после остеосинтеза. Состояние после жировой эмболии. Обширный пролежень крестцовой области... 10.11.20... г. Жалобы на боли в левой голени. Состояние удовлетворительное. В области левой голени отек. Пролежень 14x14 см. с серозным отделяемым. Диагноз: Перелом обеих костей левой голени».

Экспертами проведено изучение представленных рентгенограмм – на представленных рентгенограммах левой голени от 09.10.20... года на имя Д-ва В.Д. определяется оскольчатый перелом костей левой голени в средней трети со смещением отломков.

Эксперты: _____

ВЫВОДЫ ...

ЗАДАЧА № 9

ВОПРОСЫ, ПОСТАВЛЕННЫЕ НА РАЗРЕШЕНИЕ ЭКСПЕРТИЗЫ

1. Какие телесные повреждения имеются?
2. Каков механизм образования телесных повреждений?
3. Давность причинения телесных повреждений?
4. Какова степень тяжести вреда здоровью?

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА

Со слов: "08/02/20... г. на уроке учительница ударила по шее сзади. Появилась боль. На следующий день обратился за мед. помощью. Лечился в стационаре в МСЧ № 1 около 3-х недель. Жалобы на боли в шее при наклоне головы книзу".

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Правильного нормостенического телосложения. Форма шеи правильная, шея пропорциональная туловищу, движения головой во все стороны в полном объёме.

Описание рентгенограмм. На предоставленных рентгенограммах I-го шейного позвонка № 1062 от 09.02.20... г. и № 1066 от 13.02.20... г. определяется подвывих I-го шейного позвонка. На рентгенограмме № 1089 от 16.02.20... г. и № 1092 от 18.02.20... г. патологических изменений в соотношении I и II шейных позвонков не отмечается. R-снимки консультированы заведующей кафедрой рентгенологии и радиологии ПГМА.

ДАННЫЕ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ

Из *медицинской карты № 401 стационарного больного*, заведённой в нейротравматологическом отделении МСЧ № 1 на имя гр. Т-ва следует, что он "поступил 09.02.20... г. в 19 часов 30 минут, с жалобами на боли в шее. 09.02.20... г. повернул головой – появились боли. Объективно: состояние удовлетворительное. Положение активное. Кожные покровы физиологической окраски. Пульс 80 уд. в мин., ритмичный. В сознании. Зрачки равны, движения глазных яблок не ограничены. Нистагма нет. Носогубные складки равны. Язык по средней линии, СХР равны, парезов нет. В позе Ромберга устойчив. Пальце-носовую пробу выполняет удовлетворительно. Голова наклонена и повёрнута влево. 10.02.20... г. осмотр зав. отделением: состояние удовлетворительное. Жалобы на головные боли, боль в области шеи. Повернул резко голову, появились боли в шее. При осмотре: пульс 80 уд. в мин., ритмичный. На шее воротник Шанца. Неврологический статус без особенностей. На R-грамме шейного отдела позвоночника от 10.02.20... г. прослеживаются суставные поверхности тел I-II шейных позвонков, смещение по отношению друг к другу вправо, зубовидный отросток уклонился в сторону. Заключение: подвывих атланта справа... 13.02.20... г. обход зав. отделением: состояние удовлетворительное. Неврологический статус без патологии. Вытяжение функционирует. R-грамма от 14/02-20... г. – подвывих атланта справа не устранён. R-графия от 17.02.20... г. R-картина та же, что и на предыдущих R-граммах. 18.02.20... г. в связи с неэффективностью вытяжения петлёй Глиссона произведено ручное вправление вывиха. 20.02.20... г. – на R-контроле – подвывих атланта устранён. 20.02.20... г. гр. Т-в из стационара выписан. Диагноз клинический: правосторонний подвывих I шейного позвонка без неврологических расстройств".

Из *амбулаторной карты* на имя гр. Т-ва, заведённой и в поликлинике ДКБ № 14 следует, что он после выписки из стационара обратился к врачу 21.02.20... г. Жалобы – на боль в

шее. Была выдана справка в школу. На приёме 03.03.20... г. воротник Шанца был снят. Движения в шейном отделе позвоночника в полном объёме. Дана справка об освобождении от физкультуры.

Выводы

На основании проведенной судебно-медицинской экспертизы гр-на Т-ва, 10 лет и данных медицинских документов прихожу к следующим выводам:

1...

2....

Судебно-медицинский эксперт

07.03.20... г.

ЗАДАЧА № 10

Вопросы, поставленные на разрешение экспертизы

1. Какие телесные повреждения имеются?
2. Каков механизм образования повреждений и степень тяжести?
3. Давность причинения повреждений?
4. Степень тяжести вреда здоровью, и по какому признаку?

Обстоятельства дела

Со слов: "25.12.20... г. на улице избили неизвестные, удары наносили каким-то предметом по лицу, обращался за медицинской помощью. Лечился в стоматклинике. Жалоб нет. Лечился амбулаторно до 2.01 – 16 дней.

Данные объективного исследования

Отмечается незначительное уплощение рельефа лица справа в скуловой области, в склере правого глаза кровоизлияние.

Данные медицинских документов

Из *истории болезни*, заведённой в стоматклинике ПГМА на имя К., следует, что он "поступил на лечение 28.12. в 12-00 с жалобами на онемение и припухлость тканей в области верхней челюсти справа. 25.12. – был избит на улице неизвестными. Сознание терял на короткое время. Рвоты и тошноты не было. Наблюдалось кровотечение из носа. Обратился в МСЧ № 1 и был направлен в стоматклинику с диагнозом: перелом верхней челюсти ... Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно – розовой окраски, чистые. Пальпация передней поверхности грудной клетки умеренно болезненна. Пульс 70 уд. в мин. АД 120/80 мм. рт. ст. Со стороны живота без патологии. Локально: лицо больного асимметрично за счёт западения скуловой кости справа и отека тканей правой половины лица. Глазная щель справа сужена, сужена и в области склеры. Кожные покровы в этой области синюшно-багровой окраски. Гиперестезия в зоне иннервации нижне-глазничного нерва справа. Носовое дыхание свободное. Пальпация скуловой области справа болезненна, симптом ступеньки в области нижне-глазничного края. Рот открывается на 4 см. Прикус не нарушен. Пальпация скулоальвеолярного гребня справа болезненна, на слизистой в этой области очаги кровоизлияния. Диагноз: перелом скуловой кости справа со смещением. Репозиция скуловой кости. Под в/в наркозом крючком справа кость приподнята, на место вкола шов леской ... На R-грамме от 28.12. – перелом скуловой кости справа со смещением. После проведённого лечения состояние удовлетворительное. Выписан на амбулаторное лечение по месту жительства. 31.12. Диагноз: при выписке – перелом скуловой кости справа".

Выводы

На основании проведенной судебно-медицинской экспертизы гр-на К. и данных медицинских документов прихожу к следующим выводам:

1...

2....

Судебно-медицинский эксперт

17.01.20...

ЗАДАЧА № 11

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА

Из постановления известно, что "... в пос. Юг ул. Ленина, 195-5 обнаружен труп гр. П-вой, 33 лет с признаками насильственной смерти". Из телефонограммы (по инициативе эксперта) дежурного Ровненского ОВД – "Огнестрельное ранение. Убийство".

ВОПРОСЫ, ПОСТАВЛЕННЫЕ НА РАЗРЕШЕНИЕ ЭКСПЕРТИЗЫ

1. Когда наступила смерть?
2. Какова причина смерти?
3. Какие повреждения, где имеются на трупе? Каковы механизмы их причинения, тяжесть, последовательность причинения? Прижизненно ли они причинены?
4. Через какое время после причинения повреждений наступила смерть?
5. Каким орудием могли быть причинены повреждения?
6. Каково было возможное взаимоположение потерпевшего в момент причинения повреждений?
7. Имеются ли следы, указывающие на возможную борьбу и самооборону?
8. Способен ли был потерпевший после причинения ему повреждений совершать какие-либо самостоятельные действия – передвигаться, кричать и т.п.?
9. Есть ли в ранах инородные предметы, частицы, волокна, следы металлизации?
10. Принимался ли потерпевшим незадолго до смерти алкоголь, если да, то в какой степени опьянения перед смертью находился потерпевший?

Примечание: протокол осмотра трупа на месте происшествия не представлен.

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ТРУПА

Одежда трупа: платье нейлоновое, зеленое в крупный цветочный рисунок с короткими, выше локтей, рукавами и треугольной формы вырезом по горловине; зеленоватая х/б рубашка трикотажная на широких плечевых бретелях с овальным глубоким вырезом на шее; х/б светло-коричневые ветхие самодельные (из чулок) колготки, ушитые на коленях и поношенные в области подошв; белые вискозные плавки; х/б бюстгальтер на пластмассовой застежке сзади; в нижней трети бедер чулочные резинки. Бюстгальтер влажный, полностью пропитан яркой кровью. Рубашка в верхних отделах поясничной области как спереди, так и сзади также в сплошных темно-красных помарках. На колготах справа соответственно нижней трети голени и ступни на внутренней поверхности два темно-красных участка 15х10 см и 6х5 см с полусвернувшейся кровью с неровными очертаниями. На платье темно-красные сливающиеся участки спереди в срединных отделах и на спинке до уровня тазовой области. В нижних отделах платья спереди отдельные множественные различной формы и величины темно-красные пятна, похожие на кровь, непосредственно у шейного выреза слева три рядом расположенных повреждения ткани сквозных с неровными краями, расположенных один от другого на 4,0 и 1,0 см. Размеры их 2,5х0,7 см, 4,0х1,2 см и 1,5х0,6 см. Повреждение, расположенное непосредственно у свободного края выреза, углообразное, открытое вверх и вправо, причем нижняя бейка выреза без повреждений. Два других повреждения неправильной овальной формы. Ткань вокруг уплотнена, коричневатокрасноватая. Левый рукав с нижневнутренней поверхности и ткань вокруг бокового шва сплошь темно-красная, местами влажная, а с изнаночной стороны в передней полочке, здесь

примыкающей, мягкие фрагменты жировой клетчатки. Здесь имеется разрыв ткани в виде угла с длиной стороны 3,0 и 4,0 см, открытого книзу вправо. Шов рукава в подмышечной зоне разорван на длину около 15,0 см. Кроме того, на правом рукаве вблизи от плечевого шва на переднебоковой поверхности сквозной разрыв ткани неправильно-округлой формы 9,0x4,0 см с неровными разлохмаченными краями без выраженных темно-красных помарок вокруг. Плечевой шов сверху с разрывом на 2,0x3,0 см. Повреждений на теле соответственно правому рукаву не обнаружено. Повреждений ткани на других частях одежды, кроме платья, не найдено. Труп молодой женщины с очень бледными кожными покровами, правильного телосложения, удовлетворительного питания, длиной тела 162 см. Открытые части тела холодные, в области груди несколько теплее. Трупной окоченение умеренно выражено в мышцах нижней челюсти, рук и ног. Трупные пятна очень скудные, бледные, розовато-сиреневые, на боковых поверхностях туловища и конечностей при давлении исчезают и восстанавливаются через 40-60 сек. Соединительно-тканые оболочки глаз очень бледные. Губы бледные, сомкнуты. Слизистая губ и десен бледно-синеватая, зубы целы, язык за зубным рядом. Шея обычной формы и подвижности. Грудная клетка симметричная и упругая. Грудные железы блюдцеобразной формы, 14,0x14,0 см. околососковые поля бледные, соски уплощены, отделяемого при сдавливании нет. Живот не вздут. Половые органы сформированы правильно по женскому типу, слизистое преддверие влагалища серо-синюшное, без повреждений. Вход во влагалище пропускает три сложенных пальца, в боковых отделах остатки девственной плевы. Область промежности чистая, подошвы ног грязноватые, имеются почти сплошные помарки подсохшей темно-красной крови на руках: на правой - на задне-наружной поверхности локтевого сустава, предплечья, тыла и ладони кисти; на левой – в области предплечья по всей поверхности и отдельные помарки на кисти.

Повреждения: на задней поверхности туловища на уровне VII ребра справа по околпозвоночной линии на фоне бледно-фиолетового кровоподтека 6,0x4,0 см небольшая поверхностная рана овальной формы с неровными краями 0,6x4,0 см. Вокруг нее осаднение 2,0x0,5 см красновато-розовое. Слева на уровне VI-IX ребер по лопаточной линии красновато-фиолетовый кровоподтек 12,0x7,0 см, бледный с нечеткими контурами. По ходу внутреннего края правой лопатки три небольших кровоподтека, рядом расположенных, размерами до 1,5x0,7 см. В верхних отделах ягодичной области пятнистый синева-фиолетовый кровоподтек 6,0x5,0 см. На передненижней поверхности подбородочной области в средней ее части, больше слева, ссадины пергаментной плотности, красновато-бурая, неправильно-прямоугольной формы, косо направленная, размерами около 14,0x2,5 см. Контур правого края волнистообразные, а левый нижний край в виде 2-3 шариков, вытянутых на длину до 2,5 см. На отдельных участках ссадины черноватой окраски (закопчение?, явление ожога?). Участок кожи, примыкающий к этой ссадине сверху и справа, с бледно-синеватым кровоподтеком в диаметре до 1,0 см. Чуть ниже и вправо от ссадины в верхней части шеи на коже серовато-черноватые наложения, похожие на копоть, неправильно прямоугольной формы: 4,0x4,5 см (см. рис. 1.2). Кости нижней челюсти на ощупь целы. В левой подключичной области рана 7,0x3,0 см, почти в горизонтальном направлении, с неровными фестончатыми краями, местами с осаднением и кровоподтечностью. На коже верхнего края раны участки осаднения мелкие, не сплошные до 0,7x0,3 см, расположенные группами под разными углами по отношению к краю раны. Кроме того, здесь же в диаметре до 2,0 см отдельные серовато-черные помарки, похожие на копоть. На коже правой половины раны в диаметре 1,5x2,0 см почти сплошной серовато-черный налет, похожий на копоть, где кожа плотная, черновато-бурая. Край раны здесь с мелкими щелевидными разрывами на глубину до 0,5 см (входная рана). При стереоскопическом исследовании здесь видны изогнутой формы, короткие зеленоватые волокна, похожие на волокна платья. Ранение сквозное, раневой канал проходит в мягких тканях подключичной области, с грубым разрушением мышц переднебоковой поверхности грудной клетки, с ранением крупных ветвей сосудов, в том числе подключичной артерии. На разрушенных мышцах в раневом канале с неровной поверхностью видны черноватые

наложения, похожие на колоть. На разрезах тканей (подкожная клетчатка, мышцы) по ходу ран канала видны крупные очаговые и сплошные кровоизлияния, темно-красные, блестящие. Расстояние между входной и выходной раной со стороны кожи 5,0 см. Выходная рана – обширная, рваная, около 17,0х16,0 см в левой подмышечной области и внутренней поверхности левого плеча в верхней трети. Края неровные, лоскутовидные, с разрывами кожи, выступающими в глубине разрушенными мышцами (двухглавой и трехглавой мышц плеча, частично большой грудной и другими). По верхнему краю в задних отделах свободно свисает лоскут кожи с подкожной клетчаткой 12,0х1,5 см с неровными очертаниями и глубокими разрывами кожи. У нижнего края выходной раны на коже в подмышечной области 10-12 мелких овальной щелевидной формы темно-красных ранок, размерами: от 0,5х2,0 см до 0,7х3, см с темно-красными краями, с кровоподтечностью вокруг до 1,5 см в диаметре. Расстояние между ранками 1,0-2,0 см на общей площади около 12,0х3,0 см (выходные от отдельных дробины). В раневом канале в мышцах плеча и боковой стенке грудной клетки две дробины, диаметром 0,4 см, с неровными поверхностями (похожие на самодельную дробь). Над верхним краем выходной раны, в области плеча, пятнистая синеватая кровоподтечность в диаметре от 1,0 до 5,0 см.

ВНУТРЕННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ТРУПА

Жировой слой брюшной стенки 1,5 см. Брюшина влажная, синевато-розовая. Свободной жидкости в полости брюшины нет, петли кишечника и в поддиафрагмальном пространстве температура тканей выше. В полости сердечной сумки около 5 мл прозрачной желтоватой жидкости. Проба на воздушную эмболию положительная. В плевральных полостях около 30 мл прозрачной жидкости. Легкие с поверхности малокровны, спавшиеся. Верхняя доля левого легкого увеличена, темно-красная, уплотнена. Просвет дыхательных путей свободен от содержимого, внутренняя поверхность бледно-розовая. Заднебоковые отделы верхней доли левого легкого также темно-красные, края ее закруглены. На разрезе здесь ткань темно-красная, почти со сплошным кровоизлиянием с красноватой стекающей жидкостью. На остальных участках легкие бледные, серовато-розовые, суховатые. Сердце 3,5х5,0х4,5 см, в полостях его помарки крови. Сердце сформировано правильно, ширина легочной артерии над устьем 7,0 см, аорты – 6,5 см. Толщина мышцы правого желудочка 0,2 см, левого – 0,9 см. Под эндокардом кровоизлияний не отмечено. В ДПК полужидкое сероватое содержимое, в желудке около 200 мл полупереваренных пищевых масс с крупными кусочками пищи, напоминающих по виду и запаху мясо рыбы и кусочки белесоватых мажущих маслянистых масс (сыр, творог?). Слизистая ДПК и желудочка бледно-розовая, умеренно складчатая. В верхнебоковых отделах левой плевральной полости плевра со сплошным, насыщенным красновато-синюшной окраски кровоизлиянием. Обнаружены крупноскольчатые переломы II-IV ребер по подмышечной линии, причем III ребро – двойной перелом. В зоне переломов интенсивные темно-красные кровоизлияния. Мягкие ткани головы бледно-красноватые, в них соответственно затылочному бугру темно-красное, тонкое до 0,3 см блестящее кровоизлияние диаметром 2,5 см. Сосуды трупа запустевшие, органы малокровны. На алкоголь взята жидкая кровь и желудочное содержимое. Содержимое влагилица на марлевый тампон и три стекла. Кусочки для гистологического исследования – сердца, головного мозга, легких, печени, почек, селезенки, кожи из входной раны и мягкие ткани из раневого канала.

Судебно-медицинский эксперт

...

ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Из акта № ... судебно-химического исследования следует, что при исследовании крови и содержимого желудка от трупа П-вой "не найдены метиловый, этиловый, пропиловые, бутиловые, амиловые спирты".

Из акта № ... судебно-биологического исследования следует, "в мазках на марлевом

тампоне с содержимым влагалища П-вой установлено наличие спермы. Групповая принадлежность спермы – Аβ.

Из акта № ... судебно-гистологического исследования кусочков внутренних органов от трупа П-вой следует "... кожа из входной огнестрельной раны с закопчением. В коже по краю препарата разрыв и истончение эпидермиса. В дерме щелевидное повреждение с множественными черноватыми частицами по краям. Отмечается очаговое закопчение эпидермиса. В дерме волокна сближения более интенсивно окрашены. Здесь же в дерме видна сероватого цвета округлая, прозрачная пластинка (порошинка) с четкими контурами, а на поверхности ее черный налет в виде мелких черных точек, вблизи пластинки также определяются черноватые частицы. В гиподерме среди жировых клеток и между мышечными волокнами – распространенное кровоизлияние с хорошо очерченными эритроцитами. В гиподерме и жировой клетчатке видны кусочки мышечных волокон, занесенные из мышечного слоя; по краю мышечных волокон определяются черноватые частицы (закопчение). На остальном протяжении эпидермис и дерма имеют обычное строение. Мышцы с закопчением из раневого канала. Мышечные волокна разорваны, лишены поперечной и продольной исчерченности. В начальной части огнестрельного канала расположен обрывок одежды зеленоватого цвета, на поверхности которого черноватого цвета частицы разных размеров. Сосуды запустевшие. Кое-где между мышцами и среди жировой клетчатки мелкие очаговые скопления эритроцитов".

Из акта № ... медико-криминалистического исследования следует, что представленные кожные лоскуты и кусочки мягких тканей от трупа П-вой являются частями огнестрельного входного ранения и раневого канала с признаками близкого выстрела в виде признаков действия газов, наличия зоны закопчения с отложением меди, свинца. Заключение: "огнестрельное ранение кожи в пределах дополнительных факторов выстрела".

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ

ВЫВОДЫ

На основании проведенного судебно-медицинского исследования трупа ..., лет, результатов лабораторных исследований, прихожу к выводам:

ЗАДАЧА № 12

Вопросы, поставленные на решение экспертизы

- 1.Какие телесные повреждения имелись у гр. И.?
- 2.Каковы давность, механизм образования и степень тяжести вреда здоровью?

Обстоятельства дела

Со слов: «12 февраля 20... года в 24.00 в бане неизвестный ударил чем-то по руке. На «скорой помощи» возили в травмпункт МСЧ № 9. Там рану на руке зашили. Лечился амбулаторно. Жалобы на небольшое ограничение движений в пальцах кисти».

Данные объективного осмотра

На тыльной поверхности левой кисти, в виде кривой линии рубец длиной 7 см, розовато-синюшный, плотный, слегка возвышающийся. Имеется ограничение движения во 2-3 пальцах левой кисти. Разгибание полное, а сгибание в области 3-х межфаланговых суставов до угла 130°. Запрошены 2 амбулаторные карты.

Данные медицинских документов

Из представленной 31.03.20... г. *медицинской карты амбулаторного больного*, заведенной на имя И., 31 год, в Усть-Качкинской больнице, известно, что он обратился на прием 13.02.20... г. 12.02.20... г. во время драки получил удар ножом по левой кисти. Диагноз: резаная рана левой кисти с повреждением сухожилий разгибателей 2-3 пальцев. Алкогольное опьянение. Наложены швы сухожилий. Повязка. Пульс 78 ударов в мин., АД 130/80 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Шов в хорошем состоянии. Держится отек тыла левой кисти. 14.02. – перевязка. Изменений нет. 17.02. – отек тыла кисти значительно уменьшился. Швы в хорошем состоянии. 24.02. – швы сняты. Общее состояние удовлетворительное. Со стороны внутренних органов изменений не выявлено. 28.02. – осмотрен хирургом. Послеоперационные раны чистые. 07.03 – изменений на тыле левой кисти нет. Шов грубоватый. Сохраняется отек в области тыла кисти. 23.03. восстановлен объем движений в левой кисти. Сохраняется небольшое уплотнение в области тыла кисти. Труд с 25.03.20... г. Справка на легкий труд дана на два месяца.

Выводы

На основании проведенной судебно-медицинской экспертизы гр-на И., 31 года и данных медицинских документов на его имя прихожу к следующим выводам: ...

ПРИМЕРЫ ЗАДАНИЙ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б.1.Б.2 «Общественное здоровье и здравоохранение»

1. Общественное здоровье на 50% и более обусловлено:
 - а) состоянием внешней среды
 - б) гигиеническими факторами
 - в) состоянием здравоохранения
 - г) наличие гигиенических навыков
 - д) условиями и образом жизни

2. На здоровье населения влияют:
 - а) социально-экономические факторы
 - б) социально-биологические факторы
 - в) медицинские факторы
 - г) природно-климатические факторы
 - д) все перечисленное верно

3. Основным методом изучения показателей статистики населения следует считать:
 - а) текущую регистрацию рождаемости
 - б) перепись населения
 - в) выборочные демографические исследования
 - г) социологический опрос населения
 - д) все перечисленное верно

4. Динамика населения изучает:
 - а) механическое движение населения
 - б) естественное движение населения
 - в) миграционные процессы
 - г) все перечисленное верно

5. При вычислении показателя рождаемости учитывается число родившихся за год:
 - а) живыми
 - б) мертвыми
 - в) живыми и мертвыми
 - г) проживших 168 часов

6. Основной причиной материнской смертности является:
 - а) акушерские причины
 - б) инфекционные заболевания
 - в) новообразования
 - г) болезни органов дыхания
 - д) заболевания ССС

7. Для вычисления показателя младенческой смертности необходимо знать число детей:
 - а) умерших в возрасте до 1 года
 - б) родившихся мертвыми
 - в) умерших с 28 недель беременности
 - г) населения в возрасте до 1 года
 - д) умерших в течении 168 часов

8. При расчете показателя мертворождаемости учитываются дети:
 - а) умершие на 1 году жизни

- б) родившиеся живыми и мертвыми
- в) умершие на 1 месяце жизни
- г) умершие на 1-ой неделе жизни

9. Распространенность (или болезненность) населения – это совокупность заболеваний:

- а) выявленных по данным о причинах смерти
- б) выявленных при медицинском осмотре
- в) выявленных впервые в данном году и зарегистрированных в предыдущие годы, по поводу которых больной вновь обратился за медицинской помощью в этом году
- г) все перечисленное верно

10. Единицей наблюдения при изучении заболеваемости по данным обращаемости является:

- а) посещение больным ЛПУ
- б) первичное обращение по поводу данного заболевания в данном году
- в) заболевание, выявленное при медицинском осмотре
- г) больной, обратившийся по поводу заболевания

11. В структуре заболеваемости по данным обращаемости населения России на первом месте стоят болезни:

- а) системы кровообращения
- б) желудочно-кишечного тракта
- в) органов дыхания
- г) нервной системы
- д) новообразования

12. Основным учетным документом при изучении инфекционной заболеваемости является:

- а) медицинская карта амбулаторного больного
- б) контрольная карта диспансерного наблюдения
- в) экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом остром, профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку
- г) карта эпидемиологического обследования
- д) все перечисленное верно

13. Основным документом для изучения госпитализированной заболеваемости является:

- а) карта стационарного больного
- б) контрольная карта диспансерного наблюдения
- в) статистическая карта выбывшего из стационара
- г) карта эпидемиологического обследования

14. Международная статистическая классификация болезней – это:

- а) перечень наименований болезней
- б) перечень диагнозов
- в) перечень симптомов, синдромов и отдельных состояний
- г) система группировки болезней и патологических состояний
- д) перечень наименований болезней, диагнозов и синдромов

15. Акселерация это:

- а) увеличение удельного веса городского населения
- б) превышение показателя смертности над показателем рождаемости
- в) превышение удельного веса лиц старше 50 лет, над удельным весом детей
- г) ускорение роста и развития детей и подростков
- д) увеличение удельного веса детей в возрастной структуре населения

16. Медицинская профилактика может быть:

- а) первичной
- б) вторичной
- в) третичной
- г) все перечисленное верно

17. Вторичная профилактика – это:

- а) комплекс медицинских мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний
- б) комплекс социальных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний
- в) комплекс медицинских, санитарно-гигиенических и психологических мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений профилактики:
- г) все перечисленное верно

18. Компонентами вторичной профилактики являются:

- а) осуществление медицинского скрининга с целью снижения влияния факторов риска и раннего выявления и предупреждения заболеваний
- б) целевое санитарно-гигиеническое воспитание
- в) проведение целевых медицинских профилактических осмотров для раннего выявления социально-значимых заболеваний
- г) проведение диспансеризации групп риска
- д) все перечисленное верно

19. Для размещения поликлиник в городе рекомендуются следующие основные уровни:

- а) общегородской уровень
- б) межрайонный уровень
- в) районный уровень
- г) все перечисленное верно

20. К основным видам профилактических осмотров относятся:

- а) скрининг осмотры
- б) периодические
- в) предварительные
- г) целевые
- д) все перечисленное верно

21. К основным показателям, характеризующим эффективность диспансеризации, относятся:

- а) показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности
- б) исходы лечения
- в) показатели первичного выхода на инвалидность
- г) все перечисленное верно

22. Нагрузка участкового терапевта на амбулаторном приеме определяется:

- а) числом посещений на 1 час приема
- б) числом посещений в смену
- в) числом посещений в месяц
- г) функцией врачебной должности
- д) все перечисленное верно

23. В зависимости от административно-территориального положения больницы делятся на:

- а) областные (краевые, республиканские)
- б) городские
- в) районные
- г) участковые
- д) все перечисленное верно

24. По профилю больницы делятся на:

- а) многопрофильные
- б) стационары диспансеров
- в) специализированные
- г) все перечисленное верно

25. Выберите из нижеперечисленных, структурные подразделения, входящие в состав больницы для взрослых:

- а) лечебные отделения
- б) отделение (кабинет) медицинской статистики
- в) патологоанатомическое отделение
- г) приемное отделение
- д) все перечисленное верно

26. Деятельность дневных стационаров приводит к:

- а) максимально гибкий график работы в соответствии с пожеланиями пациентов;
- б) приближение объема и структуры оказываемой помощи к условиям круглосуточного стационара;
- в) преимущественное использование методов восстановительного лечения, медицинской реабилитации больных;
- г) сокращение сроков пребывания на койках круглосуточного содержания;
- д) все перечисленное верно.

27. Ведущая роль в оказании амбулаторной акушерско-гинекологической помощи принадлежит:

- а) консультации "Брак и семья"
- б) центрам перинатальной диагностики
- в) женским консультациям
- г) поликлиникам
- д) центрам планирования семьи

28. Поздним взятием беременных под наблюдение женской консультации считается постановка на учет после:

- а) 5 недель
- б) 7 недель
- в) 12 недель
- г) 18 недель
- д) 28 недель

29. В приемно-смотровом блоке родильного дома необходимо иметь помещения кроме:

- а) комнату-фильтр
- б) две смотровые комнаты
- в) две комнаты санитарной обработки
- г) родовую палату

30. В наблюдательное отделение родильного дома направляют рожениц:

- а) с признаками острого заболевания
- б) с мертвым плодом
- в) с высокой температурой
- г) все перечисленное верно

31. Основными документами, которые ведутся в родильном доме являются, кроме:

- а) история родов
- б) история развития новорожденного
- в) индивидуальной карты беременной и родильницы
- г) обменная карта родильного дома

32. Боксы Мельцера-Соколова включают в себя следующие помещения, кроме:

- а) предбоксник
- б) санитарный узел
- в) палату
- г) манипуляционную
- д) шлюз для медицинского персонала

33. В целях предупреждения заноса инфекционных заболеваний в стационар детской больницы необходимо обеспечить:

- а) наличие боксированного приемного покоя
- б) учет сведений о контактах с инфекционными больными
- в) проведение регулярных медицинских осмотров персонала
- г) прием игрушек и книг, только не бывших в употреблении
- д) все перечисленное верно

34. Детская поликлиника осуществляет медицинскую помощь детям:

- а) до 7 лет
- б) до 12 лет
- в) до 14 лет
- г) до 15 лет
- д) до 18 лет

35. Принцип непрерывного динамического наблюдения за здоровьем детей называется:

- а) принцип участковости
- б) преемственность в работе врачей
- в) принцип диспансерного наблюдения
- г) этапность в лечении
- д) принцип единого педиатра

36. Основной документацией детской поликлиники является:

- а) экстренное извещение об инфекционном заболевании
- б) контрольная карта диспансерного наблюдения
- в) история развития ребенка
- г) карта профилактических прививок
- д) все перечисленное верно

37. Различают следующие виды медицинского страхования:

- а) обязательное и добровольное
- б) имущественное
- г) налоговое
- д) все перечисленное верно

38. Маркетинг изучает:

- а) вопросы управления
- б) вопросы рыночных отношений
- в) вопросы экономики
- г) вопросы планирования

39. Медицинская услуга подразумевает оказание:

- а) профилактической помощи и лечебной помощи
- б) обследования
- в) реабилитации
- г) санаторно-курортного лечения
- д) все перечисленное верно

40. В городе N проводилось изучение ранней неонатальной смертности за 20.. год. Объектом исследования были:

- а) все дети, умершие в первые четыре недели жизни в 20.. году
- б) один ребенок, умерший в первые четыре недели жизни в 20.. году
- в) все дети, умершие в первые 168 часов жизни в 20.. году
- г) один ребенок, умерший в первые 168 часов жизни в 20.. году
- д) все дети, умершие в первые 42 дня жизни в 20.. году

41. С целью изучения медицинской активности проведен социологический опрос всех матерей Выборгского района с фамилией на букву "Д". Какой метод медико-социального исследования был использован:

- а) сплошной
- б) метод основного массива
- в) метод монографического исследования
- г) серийной выборки
- д) случайной выборки

42. Проведен социологический опрос всех женщин, родивших в Москве в январе 20.. года. Какой метод медико-социального исследования был использован:

- а) сплошной
- б) когортный метод
- в) серийной выборки
- г) многоступенчатого отбора
- д) направленного отбора

43. Показатель плодovitости это:

- а) экстенсивный показатель
- б) интенсивный показатель
- в) показатель соотношения
- г) показатель наглядности
- д) все ответы не верны

44. Метод стандартизации применяется для:

- а) сравнения интенсивных показателей, рассчитанных в различной среде
- б) оценки величины изменения явления на протяжении определенного промежутка времени
- в) выявления и измерения связи между явлениями
- г) предоставление обобщенной характеристики трех и более средних величин или показателей

45. При расчете распространенности заболеваний в качестве явления принимаются:

- а) число всех имевшихся у населения заболеваний, как впервые выявленных в данном году, так и зарегистрированных ранее, по поводу которых больной вновь обратился в этом году
- б) средняя численность населения
- в) число заболеваний выявленных на профилактических осмотрах
- г) число новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном году выявленных заболеваний
- д) число заболеваний выявленных по данным о причинах смерти

46. Основной правовой базой, охватывающий широкий круг общественных отношений в области здравоохранения, является:

- а) ФЗ РФ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации»
- б) ФЗ РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»;
- в) ФЗ РФ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»;
- г) Государственная программа развития здравоохранения Российской Федерации
- д) Концепция развития здравоохранения до 2020 года

47. В Российской Федерации выделяют следующие системы здравоохранения:

- а) государственную, муниципальную и частную
- б) ведомственную и вневедомственную
- в) городскую и сельскую
- г) взрослую и детскую
- д) только государственную и муниципальную

48. Сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют:

- а) анамнез
- б) историю болезни
- в) врачебную тайну
- г) личное дело
- д) катамнез

49. Бесплатно медицинская помощь гражданам оказывается в следующем объеме:

- а) в рамках «Программы госгарантий оказания бесплатной медицинской помощи»
- б) в полном объеме все виды помощи
- в) только экстренная помощь
- г) только стационарная помощь
- д) вся стационарная и первичная медико-санитарная помощь

50. Министр МЗ РФ назначается на должность:

- а) правительством РФ
- б) президентом РФ
- в) общественной палатой РФ
- г) советниками президента
- д) главными специалистами

Номера правильных ответов:

- 1. д
- 2. д
- 3. б

- 4. г
- 5. а
- 6. а
- 7. а
- 8. б
- 9. в
- 10. б
- 11. в
- 12. в
- 13. в
- 14. г
- 15. г
- 16. г
- 17. в
- 18. д
- 19. г
- 20. д
- 21. г
- 22. а
- 23. д
- 24. г
- 25. д
- 26. г
- 27. в
- 28. д
- 29. г
- 30. г
- 31. в
- 32. г
- 33. д
- 34. д
- 35. в
- 36. д
- 37. б
- 38. б
- 39. д
- 40. в
- 41. д
- 42. б
- 43. б
- 44. а
- 45. а
- 46. а
- 47. а
- 48. в
- 49. а
- 50. б

ПРИМЕРЫ ВОПРОСОВ К ЗАЧЕТУ

ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б.1.Б.2 «Общественное здоровье и здравоохранение»

1. Общественное здоровье и здравоохранение как медицинская наука, изучающая закономерности формирования здоровья населения с целью разработки стратегии и

- тактики здравоохранения, ее определение и содержание.
2. Общественное здоровье и здравоохранение в системе естественных и общественных наук, интеграция общественного здоровья с другими отраслями науки и практики государственного строительства.
 3. Место общественного здоровья и здравоохранения как предмета преподавания среди медицинских, гигиенических и общественных наук в системе медицинского образования и в практической деятельности врача.
 4. Роль общественного здоровья и здравоохранения в практической деятельности органов и учреждений здравоохранения, в экономике, планировании, управлении, организации труда в здравоохранении.
 5. Основные методы исследования общественного здоровья и здравоохранения: статистический, экономический, исторический, экспериментальное моделирование, экспертных оценок, системный анализ, социологические и эпидемиологические методы.
 6. Возникновение и развитие общественного здоровья и здравоохранения (общественной медицины) в России и зарубежных странах. Виднейшие деятели российского общественного здоровья и здравоохранения (Н.А. Семашко, З.П. Соловьев, А.В. Мольков, М.Ф. Владимирский, Г.Н. Каминский, З.Г. Френкель, П.А. Кувшинников, Н.А. Виноградов, Г.А. Баткис, С.В. Курашов, Б.В. Петровский, А.Ф. Серенко).
 7. Характерные особенности развития современного общественного здоровья и практики здравоохранения за рубежом.
 8. Социальные и биологические закономерности здоровья населения. Социальные условия и социальные факторы, их влияние на здоровье населения.
 9. Зависимость здоровья трудящихся от способа производства и материальных условий жизни общества. Болезнь и здоровье в философском понимании.
 10. Действие социальных факторов и образа жизни на здоровье людей в условиях развития рыночных отношений.
 11. Эпидемиология и социально-гигиенические проблемы наиболее распространенных и социально-значимых заболеваний.
 12. Основные принципы охраны здоровья населения России.
 13. Схема изучения состояния здоровья населения, источники информации, методы изучения состояния здоровья населения.
 14. Демография. Предмет и содержание демографии. Население как объект социально-гигиенического изучения. Значение демографических данных в практике здравоохранения (медицинская демография).
 15. Прогнозирование основных показателей здоровья населения (заболеваемость, смертность, в том числе младенческая смертность, средняя продолжительность предстоящей жизни). методические подходы при прогнозировании, краткие и долгосрочные прогнозы.
 16. Заболеваемость. Роль государственной статистики заболеваемости в изучении состояния здоровья населения. Международная классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; основные принципы ее построения. Методика изучения заболеваемости. Понятия «заболеваемость», «болезненность», «распространенность».
 17. Инвалидность как медико-социальная проблема. Определение. Эпидемиология инвалидности. Организация медико-социальной экспертизы.
 18. Система профилактики, целевые комплексные программы.
 19. Федеральные и региональные программы здравоохранения; программы государственных гарантий медицинской помощи населению.
 20. Организация амбулаторно-поликлинической помощи населению. Организация базовых поликлиник и кабинетов. Поликлиника и поликлиническое отделение больницы, их ведущее значение в системе медицинского обслуживания и обеспечения

- работы врача общей практики; структура, организация работы.
21. Городской участок, организация и содержание работы участкового врача-терапевта, медицинской сестры участка.
 22. Роль консультаций «брак и семья», медико-генетических консультаций в организации медико-социальной помощи детям.
 23. Рациональные графики работы медицинского персонала амбулаторно-поликлинических учреждений, режим работы самих учреждений и их структурных подразделений.
 24. Основные документы, регламентирующие деятельность амбулаторно-поликлинических учреждений.
 25. Организация отделений профилактики, восстановительного лечения в городских поликлиниках.
 26. Развитие специализированной медицинской помощи на базе стационаров, диагностических центров и поликлиник при крупных стационарах.
 27. Медицинские осмотры, их организация, диспансеризация определенных контингентов, санитарно-профилактическая работа в поликлинике.
 28. Отделения восстановительного лечения и реабилитации, их структура, функционирование, связь с другими службами поликлиники и стационара.
 29. Управление системой приема и движения больных в поликлинике; роль кабинета инфекционных болезней в поликлинике; связь с центром госсанэпиднадзора. Роль санитарного актива в мероприятиях по борьбе с инфекционными болезнями.
 30. Стационар больницы, порядок поступления и выписки больных. Структура и функции приёмного отделения. Организация работы врача, медицинской сестры, младшего медицинского персонала.
 31. Специализированные отделения больниц, принципы их организации, структуры, функционирования. Лечебно-охранительный режим в больнице.
 32. Организация работы патологоанатомического отделения больницы. Формы и методы контроля за качеством диагностики и лечения больных в стационаре; клиничко-анатомические конференции.
 33. Организация специализированной медицинской помощи. Мероприятия по борьбе с внутрибольничными инфекциями. Медицинская и социальная реабилитация. Этапное лечение.
 34. Больницы и отделения восстановительного лечения. Роль загородных больниц и отделений.
 35. Скорая и неотложная медицинская помощь населению. Объединение больниц и станций скорой медицинской помощи.
 36. Объединение и самостоятельная деятельность скорой и неотложной медицинской помощи. Специализированные бригады скорой медицинской помощи.
 37. Организация, задачи, содержание, методы и средства гигиенического образования и воспитания населения в поликлинике и больнице.
 38. Организация материального и медицинского снабжения и контроль за расходом средств в стационаре и поликлинике.
 39. Медицинская документация, учет, отчетность, показатели деятельности стационара и поликлиники. Методы оценки эффективности работы.
 40. Особенности структуры больниц специализированной помощи - больниц скорой медицинской помощи, больниц реабилитации и др.
 41. Сестринская помощь в амбулаторно-поликлинических и больничных организациях (учреждениях).
 42. Содержание и технологии диспансерного наблюдения отдельных групп населения и больных, виды специальных диспансеров, их структура, формы, методы их работы.
 43. Специальные диспансеры-кабинеты (противотуберкулезные, кожно-венерологические, онкологические, наркологические др.). Показатели качества и

- эффективности диспансеризации.
44. Правовые, организационные и экономические основы деятельности здравоохранения России. Органы здравоохранения и медицинского страхования, их место в общей системе государственных и общественных органов управления страны.
 45. Формы собственности в здравоохранении и их взаимодействие. Структура, функции, порядок подчинения и сотрудничества в системе здравоохранения.
 46. Номенклатура учреждений здравоохранения. Лицензирование и аккредитация учреждений здравоохранения. Стандартизация в системе здравоохранения.
 47. Теоретические и организационные основы управления в условиях становления рыночных отношений и конкуренции.
 48. Функции руководителя медицинского учреждения и организация его труда, финансовый менеджмент. Управленческий цикл.
 49. Организация работы органов управления здравоохранением на различных уровнях.
 50. Развитие региональных систем здравоохранения. Роль комитетов здравоохранения представительных органов управления страны, субъектов Федерации и местного самоуправления.
 51. Правовое, административное и экономическое регулирование труда медицинского и фармацевтического персонала.
 52. Экономические методы управления учреждениями здравоохранения.
 53. Вклад здравоохранения в повышение уровня жизни и обеспечение устойчивости социально-экономического развития страны.
 54. Медико-социальное страхование здоровья.
 55. Деятельность фонда обязательного медицинского страхования граждан России как важнейшего источника финансирования и экономического стимулирования в здравоохранении.
 56. Система научного обеспечения развития здравоохранения России.
 57. Рост материально-технической базы здравоохранения, подготовка медицинских кадров — основа повышения качества медицинской помощи населению.
 58. Система управления и менеджмента в здравоохранении.
 59. Система управления (обеспечения) качеством медицинской помощи.
 60. Стандартизация в здравоохранении. Протоколы ведения больных. Задачи по развитию и оптимизации деятельности в стране больнично-поликлинической помощи.
 61. Внутри- и вневедомственный контроль качества медицинской помощи.
 62. Понятия «трудоспособность», «временная нетрудоспособность», «стойкая нетрудоспособность», «частичная нетрудоспособность». Временная нетрудоспособность. Врачебная экспертиза временной нетрудоспособности.
 63. Задачи врачебной экспертизы трудоспособности по обеспечению права на труд и материальное обеспечение трудящихся.
 64. Листок нетрудоспособности как основной документ медицинского, юридического и финансового характера. Порядок выдачи больничных листов при различных видах временной нетрудоспособности. Контроль за правильной выдачей листов и сроками восстановления трудоспособности.
 65. Бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ); его структура, функции и методы работы по определению инвалидности.
 66. Определение экономики здравоохранения. Разделы экономики здравоохранения и основные направления научных исследований в этой области.
 67. Медицинское страхование в развитии бюджетно-страховой системы здравоохранения. Организация медицинского страхования.
 68. Понятие об экономической эффективности здравоохранения. Ценообразование в здравоохранении.
 69. Ресурсы здравоохранения и их рациональное использование. Маркетинг в здравоохранении.

70. Предпринимательство в здравоохранении. Платная медицинская помощь. Экономические основы обеспечения взаимной заинтересованности в оптимизации деятельности и использования ресурсов здравоохранения.
71. Определение планирования. Задачи, теоретические основы и принципы планирования. Основные методы планирования. Основные нормативы медицинской помощи (амбулаторно-поликлинической, стационарной и др.). Основные показатели плана здравоохранения, их измерители.
72. Стратегическое планирование, бизнес-планирование. Текущие и перспективные планы развития здравоохранения. Территориально-отраслевые планы.
73. Планирование амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи (уровень, потребность, сеть учреждений, их мощность, объем деятельности, кадры). Особенности планирования лечебно-профилактической помощи сельскому населению.
74. Понятие о нормировании труда, основные методические подходы для разработки штатных нормативов медицинского персонала учреждений здравоохранения. Штатное расписание учреждений здравоохранения.
75. Источники финансирования здравоохранения. Финансирование программ здравоохранения. Принципы одноканального финансирования в здравоохранении.
76. Планирование расходов на здравоохранение. Смета медицинского учреждения, основное содержание статей расходов. Режим экономии и использование внутренних резервов. Системы оплаты и материальное стимулирование труда работников здравоохранения.
77. Основы и методы медицинской статистики. Предмет и определение медицинской статистики, ее методологические основы; статистика здоровья населения и статистика здравоохранения. Организация государственной статистики в России.
78. Статистическая совокупность; ее определение, групповые свойства статистической совокупности. Понятие генеральной и выборочной совокупности. Репрезентативность выборки.
79. Организация статистического исследования и его этапы. Объект и единица наблюдения. Программа сбора и анализа материала. Характеристика разнообразия изучаемого признака.
80. Статистические таблицы. Использование абсолютных величин. Относительные величины, их особенности, методы расчета. Виды средних величин, методы расчета.
81. Оценка достоверности результатов исследования. Доверительные границы средних и относительных величин. Оценка достоверности разности между средними величинами. Применение критерия соответствия с χ^2 (хи-квадрат). Особенности статистической обработки данных на достоверность при малой выборке.
82. Регрессионный анализ. Вычисление коэффициента регрессии, решение уравнения регрессии, расчет сигмы регрессии. Составление и использование шкалы регрессии.
83. Дисперсионный анализ. Непараметрические критерии. Динамические ряды, способы их выравнивания и анализа. Метод стандартизации, его значение и применение.
84. Корреляционный анализ. Методы расчета коэффициентов корреляции и их оценок. Графические изображения в статистическом исследовании. Виды диаграмм, правила их построения и применения.
85. Использование компьютерных технологий в обработке статистического материала. Пути и возможности применения в медицине системы Интернет. Основы и принципы доказательной медицины.
86. Применение математических методов и вычислительных средств в системе управления и в деятельности учреждений здравоохранения страны. Автоматизированные системы сбора и обработки медицинской информации. Технические средства управления.
87. Применение современных экономико-математических методов, вычислительной

- техники в планировании здравоохранения.
88. Медицинская учетная документация, используемая в стационарах и поликлиниках; учетная форма, формат, вид и тип документа; условия сбора статистических сведений, сроки хранения документации.
 89. Формирование и свод из учетных форм различных отчетных документов. Отчет лечебно-профилактического учреждения. Годовой отчет о сети, деятельности и кадрах учреждений системы Министерства здравоохранения России.
 90. Информационное обеспечение управления здравоохранением. Требования к нему, современные принципы построения.
 91. Статистическая оценка деятельности учреждений здравоохранения; показатели способы их расчета; показатели эффективности деятельности и качества медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях.
 92. Основные принципы правовой система охраны здоровья населения Российской Федерации.
 93. Действующие Федеральные законы, регулирующие медицинскую деятельность в России.
 94. Правовые основы обеспечения качества медицинской помощи. Каким образом производится возмещение вреда, причиненного здоровью граждан при оказании медицинских услуг.
 95. Основы трудового законодательства в здравоохранении.
 96. Основные требования, предъявляемые законодательством для занятия медицинской и фармацевтической деятельностью.
 97. Современные проблемы медицинской этики и деонтологии. Биоэтика.
 98. Виды юридической ответственности медицинских работников. В каких случаях и каким образом наступают различные виды ответственности медицинских работников за нарушения, связанные с профессиональной деятельностью.
 99. Социальные и профессиональные права, предоставляемые законодательством для занятия медицинской и фармацевтической деятельностью.
 100. Основные права пациента при обращении за медицинской помощью.

ПРИМЕРЫ ЗАДАНИЙ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б.1.Б.3 «Педагогика»

1. Компонентами педагогического процесса являются...
 1. цели, содержание, формы и методы воспитания и обучения
 2. семья, школа, общество
 3. знания, умения и навыки учащихся
 4. педагоги, учащиеся, родители
2. Укажите ведущую деятельность младшего школьного возраста:
 1. предметно-манипулятивная деятельность
 2. учебная деятельность
 3. сюжетно-ролевая игра
 4. непосредственное эмоциональное общение
3. Отбор содержания образования определяется уровнем...
 1. подготовки педагогов
 2. развития технологий обучения
 3. требований родителей
 4. социальных и научных достижений
4. Единство и взаимодействие компонентов, составляющих педагогический процесс,

определяют его...

1. целенаправленность
2. индивидуальность
3. управляемость
4. целостность

5. Ошибочную основу воспитания детей в семье составляет...

1. строгость в сочетании с эмоциональной холодностью в отношениях с ребенком
2. помощь ребенку в преодолении проблем
3. забота о ребенке в сочетании с требовательностью
4. бескорыстная любовь к ребенку

6. Авторитарная система отношений «врач-больной» - это модель...

1. модель контракта
2. партнерства
3. руководства-партнерства
4. руководства

7. Основными категориями педагогики являются...

1. знания, умения, навыки
2. среда, наследственность, воспитание
3. воспитание, обучение, образование
4. созревание, система, социализация

8. В древней Греции педагогами называли...

1. преподавателей ораторского искусства
2. рабов, сопровождающих детей своего господина в школу
3. старейшин, возглавлявших школу в Афинах
4. учителей Спарты

9. Сопоставьте педагогическую категорию с ее определением

1. Процесс и результат количественных и качественных изменений в организме человека
2. Процесс взаимодействия учителя и учащихся, в результате которого обеспечивается развитие человека
3. Активная целенаправленная деятельность человека, направленная на самообразование, совершенствование положительных и преодоление отрицательных личностных качеств
4. Процесс становления человека как социального существа под воздействием всех без исключения факторов: экономических, социальных, идеологических, психологических и др.
 - а. формирование
 - б. обучение
 - в. самовоспитание
 - г. развитие

10. Волевое и личностное развитие человека в онтогенезе...

1. генетически ограничены
2. определяются только влиянием наследственности
3. предопределены анатомо-физиологическими особенностями нервной системы
4. не имеют предела

11. Предметом педагогики как науки является...

1. целенаправленно организуемый педагогический процесс
2. профессиональная педагогическая деятельность
3. развитие личности
4. образовательные системы

12. В структуру педагогических наук не входит...

1. андрогогика
2. анатомия
3. педагогика высшей школы
4. история педагогики

13. В содержание психологической структуры педагогического процесса входят:

1. Познавательные процессы, мотивация, темперамент
2. Познавательные процессы, мотивация, активность
3. Когнитивные процессы, эмоции

14. Укажите ведущую деятельность детей дошкольного возраста:

1. сюжетно-ролевая игра
2. непосредственное эмоциональное общение
3. предметно-манипулятивная деятельность
4. учебная деятельность

15. Манипулятивное общение – это

16. Укажите возможные типы манипуляторов:

1. активный, пассивный, ригидный
2. активный, пассивный, безразличный
3. пассивный, ригидный, безразличный

17. Цели обучения определяются...

1. средствами обучения
2. потребностями и возможностями общества
3. мастерством педагога
4. индивидуальными особенностями учащегося

18. Умение педагога доступно излагать учебный материал, пользоваться различными источниками учебной информации относится к _____ умениям.

1. рефлексивным
2. информационно-дидактическим
3. организационным
4. коммуникативным

19. В процессе лечебного взаимодействия не проявляется _____ психологическая установка.

1. адекватная
2. катотимная
3. неадекватная
4. позитивная

20. При каком типе отношения к болезни для пациента характерно желание скрыть от других людей информацию о своей болезни:

1. анозогностический

- 2.тревожный
- 3.сенситивный

21.Перечислите основные принципы, характерные для гуманистического общения.....

22. Ситуация, когда человек не знает, почему он поступает так или иначе, а иногда даже заблуждается в побуждениях относительно своего поведения, возможна при доминировании _____ мотивов.

- 1. смыслообразующих
- 2. реально действующих
- 3. неосознаваемых
- 4. понимаемых

23. Механизмом познания и понимания личностного своеобразия воспитанника является...

- 1. обмен знаниями
- 2. конфликт
- 3. теоретический анализ
- 4. эмпатия

24. Стил ь педагогического общения, при котором педагог единолично определяет цели взаимодействия и субъективно оценивает результаты деятельности ученика, называется...

- 1. демократическим
- 2. игнорирующим
- 3. авторитарным
- 4. попустительским

25. Следующие методы подготовки специалиста-медика: анализ конкретных ситуаций, анализ последовательных ситуаций (например, этапы диагностики, лечения, реабилитации и т.д.) называются....

- 1. словесными
- 2. неимитационными
- 3. наглядными
- 4. имитационными

26. К эмпирическим (практическим) методам педагогического исследования относится...

- 1. эксперимент, моделирование, рейтинг, тестирование
- 2. наблюдение, беседа, анкетирование, эксперимент
- 3. наблюдение, анализ, эксперимент, интервьюирование
- 4. беседа, классификация, синтез, шкалирование

27. Установите соответствие *между* функциональными компонентами педагогической деятельности и их характеристиками.

- 1. Диагностирующая функция
- 2. Презентативная функция
- 3. Корректирующая функция

- а. ориентирована на изложение учебного материала
- б. связана с исправлением результатов деятельности учащихся
- в. обеспечивает обратную связь

28.Рассставьте в правильном порядке этапы учебного познания

1. активное воспроизведение информации
2. восприятие объекта
3. процесс запоминания
4. осмысление

29. Субъектами педагогической деятельности врача являются ... (укажите все возможные варианты ответа)

1. пациенты с установленными диагнозами
2. здоровые люди
3. родственники пациентов
4. пациенты, проходящие диагностическое обследование

30. Эмпатия – это

1. способность отойти от своей позиции и взглянуть на взаимоотношения глазами стороннего наблюдателя
2. устойчивое позитивное чувство к другому человеку
3. вчувствование в переживания другого человека

31. Основными целями педагогической деятельности врача являются ... (укажите все возможные варианты ответа)

1. популяризация здорового образа жизни
2. формирование мотивации пациентов на повышение материальных затрат на медицинские услуги
3. формирование мотивации самосохранительного и здоровьесберегающего поведения
4. выявление моделей и методов эффективного взаимодействия с пациентами и их родственниками

32. Эффект привлекательности как эффект восприятия – это

1. стремление произвести наилучшее впечатление на собеседника
2. тенденция к привлечению внимания к себе
3. тенденция к переоценке качеств внешне привлекательного человека

33. Установите соответствие *между* стилями педагогического общения и их характеристиками

1. диалог между педагогом и учащимися происходит с позиции «на равных», активно используются обсуждение, понимание, убеждение
2. педагог самоустраняется от руководства группой либо идет на поводу желаний учащихся
3. педагог стремится как можно меньше вмешиваться в жизнедеятельность учащихся, ограничиваясь формальным выполнением обязанностей передачи учебной и административной информации

- А. попустительский
Б. игнорирующий
В. демократический

34. К барьерам коммуникации относят:

1. незнание языка
2. эмоциональное состояние
3. некорректная обратная связь
4. все вышеперечисленное

35. Сознательное или неосознанное неаргументированное воздействие на другого человека или группу людей с целью изменения их состояния, отношения и предрасположенности к определенным действиям - это

- 1.внушение
- 2.заражение
- 3.убеждение

ОТВЕТЫ:

- | | |
|---------|----------------|
| 1. 1 | 19. 2 |
| 2. 2 | 20. 3 |
| 3. 4 | 21. |
| 4. 4 | 22. 3 |
| 5. 1 | 23. 4 |
| 6. 4 | 24. 3 |
| 7. 3 | 25. 4 |
| 8. 2 | 26. 2 |
| 9. 1г, | 27. 1в,2а,3б |
| 2б, 3в, | 28. 2,4,3,1 |
| 4а | 29. 1,2,3,4 |
| 10. 4 | 30. 3 |
| 11. 1 | 31. 1,3,4 |
| 12. 2 | 32. 3 |
| 13. 2 | 33. 1в, 2а, 3б |
| 14. 1 | 34. 4 |
| 15. | 35. 1 |
| 16. 2 | |
| 17. 2 | |
| 18. 2 | |

ПРИМЕРЫ ВОПРОСОВ К ЗАЧЕТУ ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б.1.Б.3 «Педагогика»

- 1.Педагогика как наука.
- 2.Задачи педагогики.
- 3.Основные категории педагогики.
- 4.Образование как система, как процесс и как результат.
- 5.Обучение как педагогический процесс.
- 6.Структура педагогического процесса.
- 7.Средства обучения.
- 8.Воспитание и самовоспитание, закономерности и принципы.
- 9.Методы и формы воспитания.
- 10.Педагогическая деятельность и педагогическое взаимодействие в профессиональной деятельности врача.
- 11.Цели и задачи педагогической деятельности врача.
- 12.Субъекты педагогической деятельности врача.
- 13.Научно-педагогическая деятельность врача (цели, задачи, методы, приемы).
- 14.Когнитивные процессы и их значение в достижении педагогических задач.
- 15.Эмоции пациента и их роль и значение в педагогической деятельности врача.

16. Возрастно-половые и индивидуально-типические свойства индивида и их роль и значение в педагогической деятельности врача.
17. Особенности педагогического процесса в разных возрастных группах (младенческий возраст, раннее детство, дошкольный возраст, младший школьный возраст, подростковый возраст, молодость, зрелый возраст, старость).
18. Особенности педагогической деятельности врача с пациентами дошкольного возраста.
19. Особенности педагогической деятельности врача с пациентами школьного возраста.
20. Особенности педагогической деятельности врача с пациентами старших возрастных групп.
21. Мотивация и здоровье. Мотивация и болезнь.
22. Психологический смысл.
23. Влияние когнитивных процессов, эмоциональных особенностей и особенностей личности, половозрастных, социальных и профессиональных особенностей на восприятие собственного тела, восприятие болезни и здоровья
24. Типы отношения к болезни.
25. Биопсихосоциальная природа человека.
26. Педагогическая психология как наука.
27. Основные методы психолого-педагогического обследования: наблюдение, эксперимент, опрос, анализ результатов деятельности.
28. Психология образовательной деятельности. Самообразование медицинского работника.
29. Психология учебной деятельности.
30. Учебная мотивация, факторы ее формирования.
31. Психология усвоения знаний. Формирование и развитие навыков в процессе усвоения.
32. Стиль педагогической деятельности.
33. Общения, его функции, цели, задачи.
34. Виды и уровни общения.
35. Принципы гуманистического общения.
36. Структура общения (коммуникативная, интерактивная, перцептивная стороны).
37. Характеристики коммуникативной стороны общения. Основные каналы коммуникации и их функции, понятие обратной связи. Барьеры коммуникации.
38. Феномен межличностного влияния и противостояния влиянию. Виды влияния и противостояния влиянию
39. Интерактивная сторона общения. Основные стратегии взаимодействия (соперничество, сотрудничество, компромисс, приспособление, избегание).
40. Перцептивная сторона общения, ее механизмы. Эффекты восприятия.
41. Основные правила позитивного общения.
42. Конфликты, способы их профилактики и разрешения.
43. Педагогическое общение, его специфика, основные функции.
44. Стили педагогического общения.
45. Личность педагога, ее влияние на результат педагогического процесса.
46. Специальные и личностные нравственно-волевые качества личности.
47. Особенности потребностно-мотивационной сферы врача и их влияние на успешность профессиональной деятельности.
48. Направленность, самоопределение, рефлексия и их роль в профессиональной деятельности врача.
49. Самовоспитание и самоактуализация как движущие силы профессионального и личностного развития.
50. Этические принципы в деятельности врача.
51. Профессиональная, психологическая и педагогическая компетентность как фактор успешности профессиональной деятельности.
52. Эмпатия как фактор успешности профессиональной и педагогической деятельности врача

53. Культура речи, дидактические и прогностические способности как факторы успешности профессиональной и педагогической деятельности врача.
54. Организаторские и коммуникативные умения и их важность в деятельности врача.
55. Особенности педагогической деятельности врача в условиях стационара и в условиях амбулаторного лечения/ наблюдения.
56. Особенности педагогической деятельности врача в соматической и психиатрической практике.
57. Педагогические аспекты деятельности врача при индивидуальной и групповой формах работы со здоровыми лицами, пациентами и их родственниками.
58. Индивидуальные подходы при решении педагогических задач при разных типах отношения к болезни, видах мотивации, целей лечения.
59. Специфика педагогической деятельности при наличии рентных установок на болезнь.
60. Специфика педагогической деятельности при психосоматической природе заболевания.
61. Специфика педагогической деятельности при работе с детьми и их родителями.
62. Проблема комплаэнса в медицине. Использование педагогических и психологических приемов и методов с целью достижения оптимального комплаэнса.
63. Школы для пациентов и их родственников как одна из форм педагогической деятельности врача.
64. Педагогическая деятельность врача, направленная на обучение среднего и младшего медицинского персонала, формирование коллектива.
65. Понятие педагогики высшей школы.
66. Исторические аспекты развития высшей школы.
67. Методология и методы педагогических исследований в высшей школе.
68. Высшее учебное заведение как педагогическая система. Цели и содержание обучения в высшей школе.
69. Принципы обучения и специфика их реализации в высшей школе.
70. Процесс и стиль педагогического взаимодействия в высшей школе.
71. Формы обучения в высшей школе.
72. Средства обучения. Выбор методов и средств обучения. Технологии обучения в высшей школе.
73. Государственный образовательный стандарт и образовательные программы. Понятие и сущность содержания образования.
74. Образовательные учреждения высшего профессионального образования.
75. Профессиональное становление преподавателя высшей школы.
76. Профессионализм и саморазвитие личности педагога.
77. Научно-исследовательская деятельность преподавателя.
78. Педагогическая культура преподавателя.
79. Воспитательный процесс в высшей школе. Методы, средства и формы воспитания в современной педагогике.

ПРИМЕРЫ ЗАДАНИЙ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б.1.Б.4 «Патологическая анатомия»

1. Дистрофия – это нарушения структуры
 - а) органов
 - б) тканей
 - в) клеток
 - г) органелл
 - д) организма
2. По локализации различают дистрофии
 - а) паренхиматозные
 - б) минеральные

- в) белковые
- г) врожденные
- д) углеводные

3. Распад ультраструктур – это

- а) трансформация
- б) декомпозиция
- в) инфильтрация
- г) извращенный синтез
- д) колликвация

4. Образование не свойственных организму веществ - это

- а) извращенный синтез
- б) декомпозиция
- в) коагуляция
- г) трансформация
- д) колликвация

5. Гемосидероз печени не характерен для:

- а) гемолитической анемии
- б) механической желтухи
- в) отравлений бертолетовой солью
- г) малярии
- д) гемобластозов

6. Распространенный меланоз характерен для:

- а) альбинизма
- б) аддисоновой болезни
- в) меланомы
- г) невуса
- д) витилиго

7. Если гистолог видит «массы фибриноида», то имеет место:

- а) затихание болезни
- б) легкие, не опасные болезни
- в) болезни в фазе обострения
- г) аутоиммунные болезни
- д) инфекции

8. Если кровоподтек зеленовато-буро-коричневатый, то он существует:

- а) около 1 часа
- б) около 3х-5ти дней
- в) больше месяца
- г) около суток
- д) около недели

9. Буро-коричневый цвет периферической зоны кровоподтека существующего около недели вызван

- а) меланином
- б) гемосидерином
- в) билирубином
- г) гемоглобином
- д) гематином

10. Если в почках возникают желтоватые мягкие камни с гладкой поверхностью, то по составу они

- а) оксалаты
- б) фосфаты
- в) ураты
- г) кристаллоидные

д) коллоидные

11. Если трупные пятна имеют темно-фиолетовый цвет и при надавливании светлеют, то:

а) это трупный аутолиз

б) это трупная имбибиция

в) смерть очевидно наступила 3-6 часов назад

г) смерть очевидно наступила более суток назад

д) это татуировки

12. У больного с периодическими болевыми приступами, обнаружены узловатые утолщения у мелких суставов. Они состоят из – кристаллических масс, вокруг - воспаление. Эти изменения говорят о:

а) мочекаменной болезни

б) подагре

в) нарушении обмена углеводов

г) нарушении обмена жиров

д) наркомании

13. Рахитические «четки» это отложения:

а) меди

б) кальция и фосфора

в) железа

г) калия

д) магния

14. Для органов с магистральным типом ветвления сосудов (селезенка, почка, головной мозг) характерны инфаркты

а) красные

б) белые

в) белые с красным венчиком

г) смешанные

д) синие

15. В гнойной полости обнаружен свободно лежащий фрагмент гомогенной кости, это:

а) сухой некроз

б) секвестр

в) инородное тело

г) тяжелая дистрофия

д) местная смерть

16. Творожистый некроз характерен для:

а) лимфогранулематоза

б) инфаркта

в) ревматизма

г) брюшного тифа

д) туберкулеза

17. Типовая локализация секвестров:

а) мышцы

б) печень

в) кости

г) яичник

д) почка

18. Причиной инфаркта является

а) артериальная гиперемия

б) диapedез эритроцитов

в) тромбоз сосудов

г) разрыв стенки сосуда

д) атеросклероз

19. Атеросклероз в основном поражает:
- а) артерии эластического типа
 - б) артерии мышечного типа
 - в) артериолы
 - г) венулы
 - д) капилляры
20. Изменения почек при гипертонической болезни называются
- а) вторично-сморщенные
 - б) первично-сморщенные
 - в) синдром Киммельстила-Уилсона
 - г) пиелонефритические сморщенные
 - д) поликистоз взрослого типа
21. Атероматоз это, когда преобладают:
- а) пятна и полосы
 - б) фиброзные бляшки
 - в) бляшки с детритом
 - г) участки кальциноза
 - д) участки тромбоза
22. Для «лёгочного» сердца характерна гипертрофия :
- а) левого желудочка
 - б) всех камер сердца
 - в) правого желудочка
 - г) левого предсердия
 - д) правого предсердия
23. Для ревматизма характерны:
- а) Эпителиоидно клеточные гранулемы
 - б) гранулемы Ашофф-Талалаева
 - в) гуммы
 - г) кондиломы
 - д) папилломы
24. «Бородавки» при ревматическом эндокардите это:
- а) мелкие тромбы
 - б) папилломки
 - в) микро грыжи створок
 - г) гранулемы
 - д) петрификаты
25. Воспалительное поражение всех оболочек сердца носит название
- а) панкардит
 - б) ревмокардит
 - в) миокардит
 - г) перикардит
 - д) эндокардит
26. Карнификация лёгкого для крупозной пневмонией является
- а) осложнением
 - б) проявлением
 - в) стадией
 - г) вариантом
 - д) этапом
27. Экссудат при крупозной пневмонии не бывает
- а) гнилостным
 - б) фибринозно-геморрагическим
 - в) фибринозно-гнойным

г) фибринозным

д) серозным

28. К характерным морфологическим изменениям при узелковом периартериите относятся

а) артериолосклероз

б) атеросклероз

в) деструктивно-пролиферативный васкулит

г) гиалиноз

д) амилоидоз

29. Феномен «проволочных петель» в почках развивается при

а) ревматизме

б) системной красной волчанке

в) атеросклерозе

г) ревматоидном артрите

д) склеродермии

30. При пневмофиброзе и эмфиземе легких в сердце развивается

а) атрофия миокарда

б) гипертрофия правого желудочка;

в) гипертрофия левого желудочка

г) ожирение

д) инфаркт миокарда

31. Характерным признаком острого аппендицита является

а) склероз серозы

б) склероз слизистой

в) инфильтрация стенки лейкоцитами

г) лимфоплазмочитарная инфильтрация

д) все перечисленные

32. Острый гастрит проявляется в форме

а) трофического

б) гипертрофического

в) поверхностного

г) гнойного

д) с перестройкой эпителия

33. Для обострения язвы желудка характерны

а) гиалиноз дна язвы

б) очаги фибриноида в дне язвы

в) регенерация

г) лимфоплазмочитарные инфильтраты

д) кишечная метаплазия

33. Основными гистологическими признаками активности хронического гепатита являются:

а) распространенные некрозы

б) тельца Маллори

в) тельца Каунсильмена

г) жировая дистрофия

д) белковая дистрофия

34. При сахарном диабете в островках поджелудочной железы происходит:

а) атрофия и склероз

б) гипертрофия и гиперплазия

в) гнойное воспаление

г) некроз

д) микрокистоз

35. Наиболее частой причиной смерти при циррозе печени является

а) сепсис

- б) перитонит
 - в) печёночная недостаточность
 - г) легочное кровотечение
 - д) кровотечение из вен пищевода
36. Морфологическим проявлением диабетической макроангиопатии является:
- а) плазморрагия
 - б) «нисходящий» атеросклероз
 - в) васкулит
 - г) кальциноз
 - д) некроз
37. Развитию трубной беременности способствует:
- а) гипоплазия маточных труб
 - б) внутриматочная спираль
 - в) все перечисленное
 - г) сальпингоофорит
 - д) ничего из перечисленного
38. Причинами развития эндемического зоба является
- а) недостаток йода
 - б) избыток йода
 - в) избыток калия
 - г) всё перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
39. Признаки вторичного сифилиса-сифилиды, это все, кроме:
- а) розеола
 - б) папулы
 - в) гуммы
 - г) пустулы
 - д) изъязвления
40. К развитию аддисоновой болезни приводит какая патология надпочечников:
- а) феохромоцитома
 - б) туберкулез
 - в) аденома
 - г) гиперплазия
 - д) все перечисленное
41. Ветряную оспу, опоясывающий лишай, пустулезный дерматоз вызывают:
- а) хламидии
 - б) вирусы герпеса
 - в) риккетсии
 - г) бактерии
 - д) грибы
42. Пейеровы бляшки в основном изменяются при:
- а) холере
 - б) дизентерии
 - в) брюшном тифе
 - г) вирусном гепатите
 - д) панкреанекрозе
43. Возбудителем чумы является:
- а) вибрион Эль-тор
 - б) иерсиния пестис
 - в) риккетсия Провачека
 - г) стрептококк
 - д) палочка Фридлендера

44. К гематогенному туберкулёзу относится:

- а) милиарный
- б) острый кавернозный
- в) цирротический
- г) казеозная пневмония
- д) фиброзно-кавернозный

45. При полиомиелите наиболее часто поражаются:

- а) оболочки спинного мозга
- б) кора лобной доли головного мозга
- в) кора затылочной доли головного мозга
- г) мозжечок
- д) передние рога спинного мозга

46. Бактериальный эндокардит чаще развивается на клапане

- а) митральном
- б) трикуспидальном
- в) аортальном
- г) легочной артерии
- д) клапанах вен

47. Первичная злокачественная опухоль пищевода чаще всего является:

- а) аденокарциномой
- б) саркомой
- в) меланомой
- г) недифференцированным раком
- д) плоскоклеточным раком

48. Для септической селезёнки не характерно:

- а) увеличение
- б) плотная консистенция
- в) гиперплазия пульпы
- г) обильный соскоб пульпы
- д) дряблая консистенция

49. Проявлением молниеносной менингококцемии является:

- а) гнойный лептоменингит
- б) назофарингит
- в) синдром Уотерхауса-Фридериксена
- г) гидроцефалия
- д) гнойные артриты

50. Морфогенез это:

- а) динамика структурных изменений зародыша
- б) развитие формы органов
- в) последовательность развития структурных изменений по ходу болезней
- г) возникновение тканевых структур
- д) учение о тканях

51. Для туберкулезной гранулемы характерны:

- а) клетки Ашоффа
- б) клетки Ходжкина
- в) клетки Пирогова-Лангханса
- г) клетки Вирхова
- д) клетки Рид-Штернберга

52. В сердце при дифтерии обычно развивается:

- а) фибринозный перикардит
- б) гнойный миокардит
- в) токсический миокардит

г) порок сердца

д) возвратно-бородавчатый эндокардит

53. Для осложненного гриппа характерно

а) большое пестрое легкое

б) бронхоэктазы

в) гайморит

г) эмфизема

д) все верно

54. При брюшном тифе чаще поражается:

а) подвздошная кишка

б) двенадцатиперстная кишка

в) слепая кишка

г) сигмовидная кишка

д) прямая кишка

55. При развитии эндемического зоба у детей развивается

а) кретинизм

б) гигантизм

в) акромегалия

г) склеродермия

д) карликовость

56. Какое из следствий гонореи характерно только для маленьких детей:

а) уретрит

б) фарингит

в) конъюнктивит

г) альпингит

д) простатит

57. Характерные морфологические признаки уремии

а) жировой гепатоз

б) гнойный плеврит

в) фибринозный перикардит

г) крупозная пневмония

д) ожирение

58. Развитию инфаркта миокарда при сахарном диабете способствует прежде всего

а) микроангиопатия

б) макроангиопатия

в) ретинопатия

г) инфекционные осложнения

д) туберкулез

59. Для острого пиелонефрита характерны:

а) инфильтрация клубочков

б) инфильтрация стромы лейкоцитами

в) рубцы в сосочках

г) всё перечисленное

д) ничего из перечисленного

60. «Полулуния» в клубочках почек характерны для нефритов:

а) острых

б) подострых

в) хронических

г) пиелонефритов

д) все неверно

61. К признакам первой стадии токсической дистрофии печени относится:

а) ярко-желтый цвет ткани

- б) уменьшение органа в размерах
- в) уплотнение, склероз органа
- г) диффузные кровоизлияния в ткани печени
- д) все перечисленное

62. К гломерулопатиям относится:

- а) хронический пиелонефрит
- б) гломерулонефрит
- в) некротический нефроз
- г) острый пиелонефрит
- д) амилоидоз

63. Разрастание соединительной ткани с деформацией почки называется:

- а) гипоплазия
- б) нефросклероз
- в) гипертрофия
- г) аплазия
- д) гиперплазия

64. Для хронического атрофического гастрита характерны

- а) изъязвления
- б) кровоизлияния
- в) снижение высоты слизистой
- г) дисплазия
- д) фибринозное воспаление

65. В зависимости от механизма развития различают бронхоэктазы

- а) деструктивные
- б) мешотчатые
- в) цилиндрические
- г) веретеновидные
- д) кубовидные

66. Наиболее часто к силикозу присоединяется:

- а) брюшной тиф
- б) грипп
- в) туберкулез
- г) склерома
- д) актиномикоз

67. Преобладающими возбудителями внутрибольничных пневмоний являются

- а) вирусы
- б) грибы
- в) представители условно-патогенной флоры
- г) прионы
- д) хламидии

68. Образным названием сердца при ревматическом перикардите является

- а) лёгочное сердце
- б) волосатое сердце
- в) тигровое сердце
- г) бычье сердце
- д) шаровидное сердце

69. Возможным исходом гематомы головного мозга может быть:

- а) бурая киста
- б) рубцевание
- в) восстановление ткани
- г) аневризма
- д) менингит

70. В группу ревматических болезней входит

- а) атеросклероз
- б) системная красная волчанка
- в) болезнь Бадда-Киари
- г) сахарный диабет
- д) микоплазмоз

71. Кардиомиопатии это поражения:

- а) воспалительные нарушения сократимости
- б) ишемические нарушения ритма
- в) невоспалительные нарушения сократимости
- г) ложно-гипертрофические изменения
- д) атрофия

72. Острым считается инфаркт миокарда

- а) первые 8 недель любого очередного
- б) первые 4 недели первого инфаркта
- в) рецидивирующий
- г) имеющий тяжелую клинику
- д) первую неделю любого инфаркта

73. Изменения по типу «пятен и полосок» соответствуют какой стадии атеросклероза:

- а) Долипидной
- б) липоидоза
- в) липосклероза
- г) атероматоза
- д) атерокальциноза

74. Для гипертонических кризов в артериолах характерен:

- а) гиалиноз
- б) амилоидоз
- в) фибриноидный некроз
- г) атероматоз
- д) атеросклероз

75. Признаком острого лейкоза является

- а) инфильтраты состоящие из миелоцитов
- б) «лейкемический провал»
- в) увеличение селезенки
- г) геморрагический диатез
- д) сепсис

76. Лимфомы это

- а) вариант острых лейкозов
- б) опухоли лимфузлов
- в) метастазы опухолей в лимфузлы
- г) кровоизлияния в лимфузлы
- д) вариант лимфаденита

77. Пернициозная анемия относится к группе

- а) постгеморрагических
- б) дефицитных
- в) гемолитических
- г) компенсаторных
- д) доброкачественных

78. Анемия это:

- а) уменьшение ОЦК
- б) уменьшение количества гемоглобина и эритроцитов
- в) снижение количества лейкоцитов

- г) повышенное кроверазрушение
- д) повышенное кровеобразование

79. Бластный криз это признак:

- а) острых лейкозов
- б) лимфом
- в) обострения хронических лейкозов
- г) миеломной болезни
- д) эритролейкоза

80. Злокачественной меланоцитарной опухолью является

- а) меланома
- б) меланоз Дюбрейля
- в) невус
- г) голубой невус
- д) сложный невус

81. Какой из признаков злокачественной опухоли лучше всего коррелирует с прогнозом

- а) размеры опухоли
- б) некрозы и кровоизлияния в опухоли
- в) метастазы в жизненно важные органы
- г) степень дифференцировки опухоли
- д) локализация опухоли

82. Опухоль Крукенберга представляет собой

- а) тератобластому яичников
- б) саркому яичника
- в) метастаз рака желудка в яичники
- г) всё перечисленное
- д) ничего из перечисленного

83. Невозможность определения на глаз истинных границ опухоли связана с ростом

- а) экспансивным
- б) de novo
- в) инфильтрирующим
- г) экзофитным
- д) солидным

84. Механизм гиперплазии:

- а) увеличение количества клеток
- б) разрастание соединительной ткани
- в) разрастание жировой ткани
- г) уменьшение размеров органа
- д) декомпозиция

85. Патология ведущая к увеличению размеров кистей, стоп, нижней челюсти ("лошадиное" лицо) соответствует:

- а) физиологической гипертрофии
- б) акромегалии
- в) компенсаторной гипертрофии
- г) дисплазии
- д) рабочей гипертрофии

86. Механизм рабочей гипертрофии

- а) увеличение количества клеток
- б) увеличение функционирующих элементов ткани
- в) разрастание соединительной ткани
- г) разрастание жировой ткани
- д) компенсация

87. Примером физиологической рабочей гипертрофии является

- а) сердце спортсмена
 - б) «пивное пузо»
 - в) гинекомастия
 - г) сердце ревматика
 - д) почка при гидронефрозе
88. «Полная» регенерация это:

- а) метаплазия
- б) гипертрофия
- в) реституция
- г) субституция
- д) склероз

89. Адаптация осуществляется с использованием:

- а) регенерации
- б) гипертрофии
- в) организации
- г) метаплазии
- д) всего перечисленного

90. Инкапсуляция - это

- а) воспаление
- б) отграничение
- в) обызвествление
- г) окостенение
- д) петрифицирование

91. Видом гипертрофии является

- а) церебральная
- б) ожирение
- в) викарная
- г) алиментарная
- д) исхудание

92. Примером компенсаторной гипертрофии является

- а) гипертрофия сердца при пороках клапанов
- б) гипертрофия беременной матки
- в) гипертрофия молочных желёз при лактации
- г) гинекомастия
- д) гиперплазия эндометрия

93. Если уменьшается только масса паренхимы, а масса стромы даже увеличиваются, то имеет место:

- а) физиологическая атрофия
- б) ложная гипертрофия
- в) дисфункциональная атрофия
- г) атрофия от действия физических факторов
- д) атрофия от сдавления

94. Обтурирующий камень в мочеточнике привел к превращению почки в тонкостенный мешок, это можно определить как

- а) физиологическую атрофию
- б) атрофию вызванную сдавлением
- в) гидроцефалию
- г) общую атрофию
- д) истощение

95. Если на месте погибшей ткани восстанавливается ей идентичная, то такой способ регенерации называется

- а) регенерационная гипертрофия

- б) реституция
 - в) субституция
 - г) конституция
 - д) организация
96. Морфогенез амилоидоза основан на:
- а) декомпозиции
 - б) извращенном синтезе
 - в) инфильтрации
 - г) трансформации
 - д) трансдукции
97. Конго красный выявляет в тканях
- а) гликоген
 - б) липофусцин
 - в) амилоид
 - г) жир
 - д) меланин
98. Если в регионарном лимфоузле расширяются светлые центры фолликулов растет количество плазматических клеток, то это иммунный ответ по:
- а) гуморальный
 - б) клеточный
 - в) смешанному типу
 - г) аутоиммунному
 - д) иммунодефицитному
99. Сальный блеск паренхиматозных органов, порокрашивание в синий цвет тканей при нанесении раствора йода характерны для:
- а) фибриноидного набухания
 - б) гиалиноза
 - в) вторичного амилоидоза
 - г) первичного амилоидоза
 - д) мукоидного набухания
100. Тимус—это
- а) нижний отросток головного мозга
 - б) центральный орган иммунорезерва орган гемопоэза
 - в) придаток яичка
 - г) верхний отросток головного мозга
 - д) складка перикарда

ПРИМЕРЫ ВОПРОСОВ К ЗАЧЕТУ ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б.1.Б.4 «Патологическая анатомия»

1. Современные методы исследования в детской патологии.
2. Дополнительные методы исследования при производстве детских аутопсий.
3. Основные рутинные и дополнительные гистологические окраски
Иммуногистохимические методы Принцип метода Области применения Интерпретация результатов
4. Молекулярно-биологические методы. Проточная цитометрия, , составление диагностической панели при различных заболеваниях. Гибридизация in situ. Метод FISH в онкоморфологии. ПЦР
5. Виды биопсий Эндоскопические биопсии. Срочные биопсии. Макроскопическое описание Вырезка биопсийного материала. Обработка биопсийного материала.
6. Диагностика заболеваний почек на биопсийном и операционном материале
Исследование пункционной и краевой биопсий почки Дифференциальный диагноз

приобретённых и наследственных гломерулопатий и тубулопатий.

7. Биопсии эндометрия Функциональная морфология эндометрия Дифференциальный диагноз трофобластических болезней и триплоидии Дифференциальная диагностические гистологические критерии гиперпластических, метапластических процессов и рака эндометрия

8. Биопсии шейки матки диагностические гистологические критерии Цитопатическое действие папилломавируса Значение в онкогенезе Дисплазия шейки матки: причины развития

9. Задачи детской патологоанатомической службы.

10. Основные документы, регламентирующие работу детской патологоанатомической службы. Общие положения конструкции патологоанатомического диагноза. Понятие комбинированного основного заболевания.

11. Формулировка диагноза при наличии процессов, связанных с медицинским вмешательством.

12. Ятрогения: понятие, место в структуре патологоанатомического диагноза.

13. Определение категорий расхождения диагнозов.

14. Задачи и принципы работы ЛКК, КИЛИ, КАК.

15. Основная рабочая документация в детских и перинатальных патологоанатомических отделениях.

16. Особенности детских аутопсий.

17. Особенности аутопсий плодов и новорождённых.

18. Структура детской смертности.

19. Структура перинатальной смертности.

20. Особенности построения диагноза в перинатальной практике.

21. Общие положения конструкции патологоанатомического диагноза. Понятие комбинированного основного заболевания. Формулировка диагноза при наличии процессов, связанных с медицинским вмешательством.

22. Этиология и патогенез опухолей. Механизмы канцерогенеза. Протоонкогены и антионкогены. Изменение наследственного аппарата клетки при опухолевой трансформации. Виды канцерогенов. Механизмы и проявления опухолевой прогрессии.

23. Опухоли детского возраста: частота, принципы классификации. Особенности опухолей у детей, исходы, значение. Понятие о дизонтогенетических опухолях

24. Опухоли из соединительной ткани и её специализированных видов жировая, костная, хрящевая): классификация, основные морфологические проявления, пути метастазирования, исходы, значение.

25. Опухоли из мышечной ткани. Классификация, проявления, пути метастазирования, исходы, значение.

26. Опухоли из сосудов. Классификация, проявления, пути метастазирования, исходы, значение.

27. Роль наследственности в развитии опухолей. Ретинобластома: этиопатогенез, морфологические особенности, исходы, значение. Осложнения противоопухолевой терапии. Причины развития вторых опухолей.

28. Опухоли из нервной ткани: принципы классификации. Опухоли вегетативной и периферической нервной системы: основные морфологические проявления, исходы, значение.

29. Опухоли ЦНС.

30. Опухоль Вильмса.

31. Герминогенные опухоли: виды, локализация, исходы, значение.

32. Опухоли системы крови. Принципы классификации. Варианты течения. Понятие «лейкоз». Острый лимфобластный лейкоз: морфологические проявления, исходы, значение.

33. Опухоли системы крови. Принципы классификации. Миелоидные опухоли: миелодиспластические синдромы, острые миелоидные лейкозы. Классификация,

морфологические проявления, осложнения, исходы.

34. Лимфоидные опухоли. Принципы классификации. Клинико-морфологические формы. Основные варианты В-клеточных опухолей.

35. Лимфоидные опухоли. Принципы классификации. Клинико-морфологические формы. Основные варианты Т-клеточных опухолей. Гистиоцитарные опухоли.

36. Лимфома Ходжкина: классификация, морфологические проявления, исходы, значение.

37. Материнская летальность.

38. Патологическая анатомия сепсиса. Особенности гинекологического и акушерского сепсиса.

39. Неразвивающаяся беременность

40. Плацента: особенности строения, функции. Пороки развития, опухоли. Плацентарная недостаточность: причины, виды, морфологические проявления.

41. Плацентиты: этиология, пути инфицирования, основные морфологические проявления, исходы, значение. Инфекционные фетопатии: ВИЧ-инфекция, гепатиты, краснуха, герпес, хламидиоз, микоплазмоз. Пути инфицирования, основные морфологические проявления, осложнения, исходы, значение.

42. Инфекционные фетопатии: листериоз, сифилис. Пути инфицирования, особенности морфо- и патогенеза, основные морфологические проявления, осложнения, исходы.

43. Инфекционные фетопатии: цитомегалия, токсоплазмоз. Пути инфицирования, основные морфологические проявления, осложнения, исходы.

44. Неинфекционные фетопатии: муковисцидоз, диабетическая фетопатия, алкогольная фетопатия. Этиология, патогенез, основные морфологические проявления, осложнения, исходы.

45. Неинфекционные фетопатии: ГБН. Этиология, патогенез, основные морфологические проявления, осложнения, исходы.

46. Понятие недоношенности и незрелости, переносимость. Причины, основные морфологические проявления, исходы, значение. Внутрижелудочковые кровоизлияния. Пневмопатии. Бронхолегочная дисплазия.

47. Асфиксия плода и новорожденного: классификация, этиология, патогенез, основные морфологические проявления, исходы, значение. Родовая травма: классификация, причины, основные морфологические проявления, исходы, значение.

48. Врожденные пороки развития новорожденного

49. Классификация врожденных пороков развития. Основные причины возникновения.

Общие закономерности морфогенеза. Врожденные пороки развития органов дыхания:

основные морфологические проявления, осложнения, исходы.

Врожденные пороки сердца: классификация, морфологические проявления, особенности гемодинамики, осложнения, исходы.

ПРИМЕРЫ ЗАДАНИЙ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б.1.Б.5 «Патологическая физиология»

1. Что является основным звеном патогенеза артериальной гиперемии?

1. Затруднение оттока
2. Усиленный приток
3. Повреждение сосудистой стенки
4. Тромбообразование
5. Изменение состава крови

2. Что является основным звеном патогенеза венозной гиперемии?

1. Тромбообразование
2. Затруднение оттока
3. Уменьшенный приток

4. Ускоренный отток
5. Цитокины воспаления

3. Что является основным звеном патогенеза ишемии?

1. Ускоренный отток
2. Нейрогенный спазм
3. Уменьшенный приток
4. Цитокины воспаления
5. Лейкотриены

4. Триада Virchow определяет

1. Стадии тромбообразования
2. Этапы свертывания крови
3. Условия эмболии
4. Условия тромбообразования
5. Условия поэтапной активации компонентов системы комплемента

5. Причина тромбообразования

1. Затруднение оттока
2. Замедление скорости кровотока
3. Преобладание системы коагуляции над антикоагуляционными механизмами
4. Повреждение сосудистой стенки
5. Затруднение притока

6. Механизмы первичного гемостаза достаточны в

1. Артериях
2. Венах
3. Резистивных сосудах
4. Шунтирующих сосудах
5. Сосудах, диаметром < 100 мкм

7. Эмболы из венозной системы большого круга попадают

1. В коронарные и церебральные сосуды
2. В сосуды малого круга
3. В печень
4. В сосуды внутренних органов
5. В сосуды конечностей

8. Эмболы из легочных вен, левого сердца и аорты заносятся

1. В артерии малого круга
2. В сосуды большого круга
3. В печень
4. В легкие
5. В портальную систему

9. Эмболы, порожденные в непарных органах брюшной полости, заносятся

1. В сосуды малого круга
2. В артерии большого круга
3. В коронарные артерии
4. В церебральные артерии
5. В портальную систему

10. Феномен краевого стояния полиморфонуклеаров начинается в стадию

1. Артериальной гиперемии
2. Венозной гиперемии
3. Стаза
4. При переходе артериальной гиперемии в смешанную
5. При переходе смешанной гиперемии в венозную

11. Феномен краевого стояния обусловлен

1. Замедлением кровотока
2. Тромбообразованием
3. Изменением состава крови
4. Образованием молекул адгезии клеток
5. Непосредственным влиянием цитокинов

12. В классической модели воспаления Ю. Конгейма флогогеном является

Разрушение спинного мозга
Боковой разрез кожи
Разрез стенки брюшной полости
Стерильный мясоептонный бульон
Подсыхание препарата брыжейки

13. Пример аутоаллергии, опосредованный ГЗТ

Базедова болезнь
Тиреоидит Хашимото
Болезнь Гревса
Миастения Гравис
Системная красная волчанка

14. Пример иммунокомплексного васкулита

Системная красная волчанка
Крапивница
Вазомоторный ринит
Аутоиммунная гемолитическая анемия
Эритробластоз плода

15. Пример иммунокомплексной Артюс-подобной реакции

Аллергическая бронхиальная астма
Аспергиллез
Базедова болезнь
Сывороточная болезнь
Аутоиммунная гемолитическая анемия

16. Пример анафилаксии

Аллергический васкулит
Ревматоидный артрит
Отеке Квинке
Инфекционная бронхиальная астма
Контактная экзема

17. Стресс – реакция, невозможна без

Надпочечников
Щитовидной железы

Тимуса
Гипофиза
Гипоталамуса

18. Какие гормоны обеспечивают повышение антигипоксической резистентности при общем адаптационном синдроме?

Тироксин и трийодтиронин
Инсулин
Соматотропин
Холецистокинин - панкреазимин
Катехоламины + глюкокортикоиды

19. Среди механизмов физиологического выхода из стресса решающую роль играют

Катехоламины
Меланоцитстимулирующий гормон
Опиоидные пептиды (эндорфины)
Серотонин
Гипоталамические статины

20. Во второй период полного голодания с водой изменяется до 0.7

Окислительный коэффициент мочи
Карбонурический коэффициент
Вакат кислорода
Дыхательный коэффициент
Калорийный эквивалент кислорода

21. Длительность второго периода полного голодания с водой лимитируется

Запасом гликогена
Способностью организма образовывать достаточные уровни соматотропина
Доступностью восстановительных эквивалентов
Активностью гормонов щитовидной железы
Состоянием и размером жировых депо

22. Основным механизмом повреждения островковых В-клеток при сахарном диабете 1-го типа

Фактор некроза опухолей альфа
Иммуноглобулины против инсулина В-клеток
Т-лимфоциты киллеры
Иммуноглобулины против поверхностных антигенов В-клеток
Комплемент

23. В основе патогенеза диабетической комы лежит

Гипергликемия
Гипонатриемия
Гиперглюкагонемия
Гиперкетонемия
Метаболический алкалоз

24. В основе хронических осложнений инсулинзависимого сахарного диабета лежит

Атеросклероз
Хроническая почечная недостаточность

Микроангиопатия
Инсулинорезистентность
Макроангиопатия

25. К диабетогенам не относятся

Вирус Коксаки
Вирус краснухи
Альбумин коровьего молока
Глюкоза
Нитрозамины

26. В патогенезе системных отеков существенны

Изменение парциального давления кислорода
Повышение парциального давления углекислоты
Повышение уровней адреналина и глюкагона
Торможение образования активного трийодтиронина
Возрастание концентрации альдостерона

27. Пусковым моментом в формировании сердечного отека является

Гипернатриемия
Нарушение функционирования юкта-гломерулярного аппарата
Гиперсекреция натрийуретического фактора
Малый систолический выброс
Гипопротеинемия

28. При метаболическом ацидозе парциальное давление углекислоты

Возрастает
Снижается
Не изменяется
Резко снижается

29. Какая из перечисленных липопропротеидемий не является атерогенной?

Гиперлипипропротеидемия I
Гиперлипипропротеидемия II
Гиперлипипропротеидемия III
Гиперлипипропротеидемия IV
Гиперлипипропротеидемия V

30. Основной патогенетический фактор первичного ожирения

Переедание
Гиподинамия
Гиперинсулинизм
Лептиновая недостаточность
Катехоламиновая недостаточность

ЭТАЛОН ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

1. (2)	4. (4)	7. (2)	10. (4)	13. (2)	16. (3)	19. (3)	22. (3)	25. (4)	28. (2)
2. (2)	5. (4)	8. (2)	11. (4)	14. (1)	17. (1)	20. (4)	23. (4)	26. (5)	29. (1)
3. (3)	6. (5)	9. (5)	12. (5)	15. (2)	18. (5)	21. (5)	24. (3)	27. (4)	30. (4)

ПРИМЕРЫ ВОПРОСОВ К ЗАЧЕТУ ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б.1.Б.5 «Патологическая физиология»

Предмет и методы патологической физиологии. Общие принципы и типы медико-биологических экспериментов. Моделирование болезней и патологических процессов. Примеры моделей. Значение патофизиологии для клиники.

Здоровье как общемедицинская категория. Определения понятия «здоровье», определение ВОЗ. Критерии здоровья. Здоровье и норма. Относительность нормы.

Патологическая реакция, патологический процесс, патологическое состояние. Типовые патологические процессы. Определение понятия болезни, определение ВОЗ. Болезнь как нозологическая форма, синдром.

Реакции повреждения и защиты в ходе развития болезни. Реакции защиты: приспособительные (срочные), адаптивные (долгосрочные), компенсаторные. Относительная целесообразность и потенциальная патогенность защитных реакций.

Принципы классификации болезней. Классификация ВОЗ. Стадии и исходы болезни. Выздоровление, полное и неполное. Ремиссии, рецидивы, осложнения.

Этиология, определение понятия. Причина и причинный фактор. Роль причинного фактора, условий и реактивности организма в развитии болезни. Этиотропный принцип лечения и профилактики болезней.

Понятие о патогенезе. Причинно-следственные отношения при патологических процессах. Проявления первичного и вторичного повреждения. Ведущее звено патогенеза, положительные и отрицательные обратные связи. Порочные круги в патогенезе.

Соотношение местных и общих изменений в патогенезе. Специфические и неспецифические компоненты патогенеза, их относительность. Временные аспекты протекания патологических процессов. Острые и хронические процессы. Критерии, возможность перехода одних в другие.

Внешние и внутренние причинные факторы болезней. Роль факторов внешней среды в возникновении и развитии болезней. Патогенное действие термического фактора. Гипертермия, гипотермия. Патогенез теплового и солнечного удара. Патогенез ожогов и отморожений.

Патогенез электротравмы. Механизм действия электрического тока. Условия, способствующие развитию электротравмы. Причины смерти. Этиология и патогенез кинетозов. Механизмы укачивания. Патогенное действие невесомости.

Патогенное действие на организм повышенного и пониженного барометрического давления. Высотная болезнь. Кессонная болезнь. Их причины и механизм развития. Патофизиологические основы гипербарооксигенотерапии.

Патогенное действие ионизирующих излучений. Этиология и патогенез лучевой болезни. Мутагенное, канцерогенное и тератогенное действие ионизирующих излучений. Особенности патогенного действия радионуклидов при их инкорпорации. Антимутагенные защитные механизмы клеток и организма.

Определение понятия реактивности организма. Роль реактивности в возникновении, развитии и исходе болезней. Виды реактивности. Реактивность и резистентность. Виды резистентности. Факторы пассивной переносимости и активной устойчивости. Относительная адекватность механизмов реактивности.

Факторы, определяющие реактивность. Роль генотипа и факторов внешней среды в формировании реактивности. Роль комплементарных взаимодействий в формировании реактивности. Условия обитания и реактивность. Роль биологических ритмов в формировании реактивности.

Учение о конституции организма. Конституция как форма групповой реактивности. Конституциональные типы: их классификации, различия и механизмы формирования.

Конституция, генотип и фенотип. Значение конституции в патологии. Конституционализм,

достижения конституционализма, вклад конституционализма в современную синтетическую концепцию общей этиологии.

Повреждение клетки: обратимое (паранекроз), необратимое (некробиоз), насильственная клеточная смерть (некроз). Общие закономерности развития повреждения клетки. Апоптоз, его роль в норме и при патологических процессах.

Роль свободно-радикальных процессов в защите, повреждении и гибели клетки. Механизмы свободно-радикального некробиоза. Примеры защитного и повреждающего действия активных радикалов. Антиоксидантные механизмы клеток. Свободно-радикальная теория старения.

Роль гипоксии в процессе повреждения и гибели клетки. Внутриклеточные изменения при гипоксии на начальных и глубоких стадиях. Механизмы и обратимость гипоксического некробиоза.

Значение наследственности в патологии. Методы изучения наследственности человека (цитогенетический, близнецовый, популяционный, генеалогический, биохимический). Понятие об антенатальной диагностике и экспресс-диагностике наследственных болезней.

Болезни наследственные и врожденные. Генокопии, фенокопии, моно- и полигенные наследственные болезни. Аддитивно-полигенное наследование с пороговым эффектом как основа наследственной предрасположенности к болезням.

Основные типы наследования дефектов генетического аппарата. Наследственные болезни, сцепленные с полом. Половой хроматин, значение его определения при патологии. Основы медико-генетического консультирования. Задачи медицинской генетики.

Общая этиология наследственных болезней. Мутации. Их виды, значение в патологии, последствия. Мутагены. Механизм их действия. Антимутационные защитные механизмы клеток и организма.

Повреждение клетки. Повреждение поверхностного аппарата клетки. Типовые последствия альтерации плазматической мембраны, механизмы набухания клеток. Активация арахидонового медиаторного каскада, ее роль при патологии. Повреждение цитоскелета.

Повреждение лизосом и пероксисом. Роль при патологических процессах. Повреждение митохондрий. Роль при патологии. Митохондриальные болезни. Патологические изменения при обратимых и необратимых стадиях повреждения клеток.

Информационные аспекты повреждения клетки. Нарушение рецепции. Примеры. Роль аутоантител в повреждении рецепторных свойств клетки на примере заболеваний эндокринной системы.

ПРИМЕРЫ ЗАДАНИЙ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б.1.Б.6 «Медицина чрезвычайных ситуаций»

1. Геополитическое влияние России в мире определяется:
 - а) ходом её экономического развития;
 - б) реформой армии для повышения её обороноспособности;
 - в) стиранием грани между внутренней и внешней экономикой.
2. Какая мера борьбы с терроризмом является для России наиболее приемлемой?
 - а) объединение усилий всего международного сообщества;
 - б) повышение эффективности имеющихся форм и методов борьбы с этой угрозой;
 - в) принятие безотлагательных мер по её нейтрализации.
3. К какой сфере национальной безопасности относятся попытки противодействия укреплению России как одного из центров влияния в многополярном мире?
 - а) международной сфере;
 - б) информационной сфере;
 - в) социальной сфере;

г) военной сфере.

4. Военная безопасность России, в первую очередь, обеспечивается:

- а) наличием в её распоряжении сил, средств и ресурсов;
- б) обладанием ядерным потенциалом, способным гарантированно обеспечить нанесение заданного ущерба любому агрессору (теория разумной достаточности);
- в) любыми невоенными (политическими, дипломатическими) средствами

предотвращения,
локализации и нейтрализации военных угроз.

5. Какой принцип военной безопасности обеспечивается проведением военной реформы?

- а) централизованное руководство военной организацией с гражданским контролем;
- б) адекватность реагирования на угрозы;
- в) достаточность сил, средств и ресурсов;
- г) соответствие уровня готовности и подготовки;
- д) нанесение ущерба международной и национальной безопасности других стран.

6. В какой период осуществляются мероприятия по переводу ВС РФ на условия военного времени (в том числе по их мобилизационному развёртыванию)?

- а) в мирное время;
- б) в угрожаемый период;
- в) с началом войны.

7. Какая проблема информационной безопасности России имеет особую важность?

- а) незаконный доступ к информации её хищение и разрушение;
- б) возможности манипуляций различного рода информацией для негативного воздействия на процесс принятия политических решений;
- в) нанесение существенного экономического ущерба, снижение темпов научно-

технического
развития страны.

8. Какая концепция (система взглядов) является для страны первостепенной?

- а) концепция национальной безопасности;
- б) концепция информационной войны;
- в) концепция внешней политики;
- г) концепция подготовки граждан РФ к военной службе.

9. Обеспечение информационной безопасности страны направлено на:

- а) создание достаточной и эффективной армии нового образца, оснащённой современными видами оружия;
- б) повышение экономического и научно-технического потенциала страны;
- в) сохранение и укрепление нравственных ценностей общества, традиций патриотизма и гуманизма, культурного и научного потенциала страны.

10. Положения военной доктрины конкретизируются:

- а) в посланиях Президента РФ Федеральному собранию;
- б) в рамках военного планирования;
- в) в ходе принятия военного бюджета страны.

11. В военную организацию государства не входят:

- а) ВС РФ;
- б) другие войска, военные формирования и организации;
- в) военно-промышленный и научный комплексы;
- г) высшие учебные заведения федерального значения.

12. Что составляет ядро и основу военной безопасности?

- а) ВС РФ;
- б) другие войска, военные формирования и организации;
- в) военно-промышленный и научный комплексы;
- г) высшие учебные заведения федерального значения.

13. Какое направление развития военной организации (военной реформы) является наиболее трудоёмким и непопулярным?

- а) создание единой системы управления военной организацией и обеспечение её эффективного функционирования;
- б) развитие и совершенствование сил, обеспечивающих стратегическое сдерживание;
- в) приведение структуры, состава и численности компонентов военной организации в соответствие с задачами обеспечения военной безопасности с учётом экономических возможностей страны;
- г) совершенствование системы комплектования ВС на базе контрактно-призывного принципа;
- д) повышение эффективности функционирования систем подготовки кадров.

14. Национальные интересы страны в военной сфере заключаются в:

- а) создании политических, правовых, организационных и других условий для обеспечения надёжной охраны государственной границы;
- б) сохранении и укреплении нравственных ценностей общества, традиций патриотизма;
- в) защите её независимости, суверенитета, государственной и территориальной целостности.

15. Угрозы национальной безопасности и интересам РФ в пограничной сфере обусловлены:

- а) опасностью ослабления политического, экономического и военного влияния России в мире;
- б) экономической, демографической и культурно-религиозной экспансией сопредельных государств на российскую территорию;
- в) укреплении военно-политических блоков и союзов, прежде всего расширением НАТО на восток;
- г) возможностью появления в непосредственной близости от российских границ иностранных военных баз и крупных воинских контингентов.

16. Одним из основных принципов строительства и подготовки военной организации государства является:

- а) единство обучения и воспитания;
- б) совершенствование стратегического планирования на принципе единства применения ВС РФ и ВС РФ и других войск;
- в) развитие международного военно-политического и военно-технического сотрудничества;
- г) укрепление организованности, правопорядка и воинской дисциплины.

17. Изменение военно-политической стабильности в мире может привести, в первую очередь, к:

- а) новому витку гонки вооружения;
- б) корректировке военного планирования;
- в) изменению военной доктрины;
- г) увеличению военно-экономического потенциала страны.

18. Какой фактор неопределённости может существенно изменить мировую и региональную стабильность?
- а) снижение роли СБ ООН;
 - б) возможность возвращения ЯО свойств реального военного инструмента;
 - в) возможность усиления процессов распространения ОМП, включая ядерные технологии и средства доставки;
 - г) перспективы и направленность развития ШОС;
 - д) возможные направления развития процесса расширения НАТО.
19. Значительную роль в исходе вооружённого конфликта играют:
- а) развёрнутые группировки сил и средств;
 - б) наличие боевого резерва и его отмобилизование;
 - в) наличие сбалансированного состава сил и средств ВС.
20. К факторам неопределённости, влияющим на развитие военно-политической и военно-стратегической обстановки в мире относятся:
- а) возможность достижения военно-политических целей непрямыми, неконтактными действиями;
 - б) перспективы и направленность развития ШОС;
 - в) нейтрализация внешних угроз, а также участие в нейтрализации внутренних и трансграничных угроз.
21. Современные войны характеризуются:
- а) наличием ядерного оружия и возможностью его использования;
 - б) завоеванием информационного пространства;
 - в) созданием высокоэффективной обороноспособности страны.
22. Наиболее эффективным способом применения биологического оружия (БО) являются:
- а) аэрозольный;
 - б) трансмиссивный,
 - в) диверсионный.
23. По способности развития эпидемического процесса биологические средства разделяют на:
- а) стойкие;
 - б) нестойкие;
 - в) медленнодействующие;
 - г) условно контагиозные.
24. К какой группе отравляющих веществ (ОВ) можно отнести адамсит?
- а) быстродействующие ОВ;
 - б) медленнодействующие ОВ.
25. При одновременном воздействии на человека различных поражающих факторов ядерного взрыва возникают:
- а) сочетанные поражения;
 - б) проникающие поражения;
 - в) комбинированные поражения.
26. Синдром взаимного отягощения возникает при:
- а) комбинированных поражениях;
 - б) сочетанных поражениях;
 - в) множественных поражениях;
 - г) изолированных поражениях.

27. При взрывах ядерных боеприпасов малой мощности преобладают:
а) радиационные поражения;
б) травматические повреждения;
в) ожоги.
28. Организация медицинского обеспечения в очаге ядерного поражения не зависит от:
а) массовых санитарных потерь;
б) выхода из строя медицинских подразделений;
в) радиоактивного заражения местности;
г) использования профилактических антидотов.
29. В каком законе даётся формулировка понятия «военное положение»?
а) Конституция РФ; б) Федеральный конституционный закон;
в) Федеральный закон; д) Постановление Правительства РФ.
г) Указ Президента РФ;
30. Какой закон определяет, что в случае агрессии против Российской Федерации Президент РФ вводит на территории РФ военное положение?
а) Конституция РФ; б) Федеральный конституционный закон;
в) Федеральный закон; д) Постановление Правительства РФ.
г) Указ Президента РФ;.
31. Какой нормативно-правовой документ определяет основы и организацию обороны Российской Федерации?
а) Конституция РФ; б) Федеральный конституционный закон;
в) Федеральный закон; д) Постановление Правительства РФ.
г) Указ Президента РФ;
32. Принципами мобилизационной подготовки и мобилизации не являются:
а) централизованное руководство;
б) заблаговременность, плановость и контроль;
в) своевременность и преемственность;
г) комплексность и взаимосогласованность.
33. Особый правовой режим деятельности органов государственной власти, местного самоуправления, организаций определяется нормативно-правовым законом:
а) Конституция РФ; б) Федеральный конституционный закон;
в) Федеральный закон; д) Постановление Правительства РФ.
г) Указ Президента РФ;
34. На основании какого нормативно-правового документа Правительство РФ организует бронирование граждан пребывающих в запасе (ГПЗ) и работающих в органах государственной власти, органах местного самоуправления и организациях?
а) Конституция РФ; б) Федеральный конституционный закон;
в) Федеральный закон; д) Постановление Правительства РФ.
г) Указ Президента РФ;
35. В каком документе определена концепция национальной безопасности?
а) Конституция РФ; б) Федеральный конституционный закон;
в) Федеральный закон; д) Постановление Правительства РФ.
г) Указ Президента РФ;

36. В каком нормативно-правовом документе излагаются официальные взгляды, определяющие основы обеспечения военной безопасности РФ?
- а) Конституция РФ;
 - б) Федеральный конституционный закон;
 - в) Федеральный закон;
 - г) Указ Президента РФ;
 - д) Постановление Правительства РФ.
37. Какие специальные формирования здравоохранения являются неотъемлемой составной частью современной системы этапного лечения?
- а) органы управления специальными формированиями;
 - б) тыловые госпитали здравоохранения;
 - в) обсервационные пункты.
38. Какие специальные формирования здравоохранения являются противоэпидемическими учреждениями военного времени?
- а) органы управления специальными формированиями;
 - б) тыловые госпитали здравоохранения;
 - в) обсервационные пункты.
39. В системе медицинского обеспечения войск важным звеном являются:
- а) тыловые госпитали;
 - б)) госпитальные базы;
 - в) больничные базы;
 - г) эвакуационные приемники;
 - д) обсервационные пункты
40. Комплектование органов управления специальных формирований здравоохранения производится:
- а) в военное время;
 - б) в мирное время;
 - в) в период, предшествующий военному положению.
41. Органы управления специальными формированиями расформируются:
- а) после окончания боевых действий;
 - б) после объявления об окончании войны;
 - в) после завершения работы тыловых госпиталей и обсервационных пунктов;
 - г) после прекращения поступления потока раненых и больных в тыловые госпитали.
42. Планирование и организация мобилизационной подготовки СФЗ возлагается на:
- а) Министерство здравоохранения и социального развития РФ;
 - б) органы управления здравоохранения субъектов РФ;
 - в) Генеральный штаб ВС РФ
43. Общее руководство эвакуацией раненых и больных в ТГЗ осуществляется:
- а) военно-медицинским управлением фронта;
 - б) органами управления здравоохранения;
 - в) медицинской службой военного округа;
 - г) главным военно-медицинским управлением МО;
 - д) службой военных сообщений;
 - е) министерством по чрезвычайным ситуациям;
 - ж) местными органами власти.

44. Какая задача является наиболее сложной и ответственной для госпитальной базы?
- а) отбор и подготовка раненых и больных к эвакуации за пределы фронта;
 - б) развёртывание прирельсовых эвакоприёмников;
 - в) погрузка раненых и больных в транспортные средства.
45. Эвакуации из госпитальной базы фронта в ТГЗ не подлежат раненые и больные:
- а) которые после лечения не могут быть возвращены в строй;
 - б) нуждающиеся в длительном лечении;
 - в) для оказания специализированной медицинской помощи.
46. Лечебная деятельность ТГЗ не осуществляется:
- а) по линии Министерства здравоохранения и социального развития;
 - б) по линии Министерства обороны;
 - в) по линии Министерства по чрезвычайным ситуациям.
47. Назначения и перемещения штатного состава из числа военнослужащих ТГЗ осуществляется:
- а) органами Министерства обороны;
 - б) органами Министерства здравоохранения и социального развития;
 - в) органами Министерства по чрезвычайным ситуациям.
48. Мобилизационная подготовка ТГЗ не предполагает:
- а) заблаговременного создания необходимой материальной базы на возможных театрах военных действий;
 - б) готовности всех звеньев медицинской службы к работе в глубине страны;
 - в) развёртыванию частей и учреждений медицинской службы в плановом порядке.
49. При размещении ТГЗ в первую очередь необходимо учитывать:
- а) их рассредоточенность;
 - б) наличие жилого фонда;
 - в) время доставки раненых и больных ;
 - г) обеспечение электроэнергией, водой, топливом;
 - д) организация контроля и помощи в лечебно-диагностической работе.
50. На деятельность госпитальных баз тыла страны будут оказывать негативное (увеличение объёма работы) влияние:
- а) возросшая тяжесть поражений и сложность их структуры;
 - б) массовость санитарных потерь;
 - в) увеличение санитарных потерь среди гражданского населения;
 - г) недостаточная квалификация врачебного состава.;
 - д) ухудшение экологической обстановки.
51. Вопросами мобилизационной подготовки врачебного состава по комплектованию ТГЗ медицинским персоналом и его усовершенствованию должны заниматься:
- а) Министерство здравоохранения и социального развития;
 - б) Министерство обороны;
 - в) местные органы здравоохранения.
52. Структура коечного фонда ТГЗ должна определяться:
- а) возможной структурой входящего потока раненых и больных из действующей армии и войск военного округа;
 - б) наличием штатного состава сил и средств медицинской службы;

в) наличием специалистов узкого профиля и их возможностью по оказанию специализированной медицинской помощи.

53. Какой из перечисленных ТГЗ является специализированным?

- а) базовый;
- б) нейрохирургический;
- в) терапевтический;
- г) травматологический;
- д) туберкулёзный.

54. Какой ТГЗ может выполнять в случае необходимости функции сортировочного?

- а) базовый;
- б) терапевтический;
- в) травматологический;
- г) туберкулёзный.

55. Какой принцип комплектования ТГЗ является наиболее приоритетным?

- а) специалистами из числа граждан, пребывающих в запасе и работающих в мирное время в организациях-исполнителях;
- б) гражданами, пребывающими в запасе и состоящими на общем воинском учёте;
- в) специалистами из числа граждан, не состоящих на воинском учёте и работающих в мирное время в организациях-исполнителях;
- г) гражданами, не состоящими на воинском учёте, путём их найма на работу в период мобилизации.

56. Объём и сроки медицинской эвакуации раненых и больных во внутренние районы страны не будут зависеть от:

- а) величины и структуры санитарных потерь;
- б) обстановки на фронтах;
- в) состояния в глубине страны дорожной сети;
- г) наличия и эвакуационной возможности транспортных средств;
- д) укомплектованности ТГЗ силами и средствами медицинской службы.

57. Эвакуация раненых и больных в ТГЗ в условиях современной войны предусматривает:

- а) отбор и подготовку раненых и больных к эвакуации;
- б) погрузку их в транспортные средства;
- в) оказание медицинской помощи;
- г) уход за ранеными и больными в пути следования;
- д) разгрузку транспортных средств в пунктах назначения;
- е) доставку раненых и больных в соответствующие ТГЗ;
- ж) оказание специализированной медицинской помощи.

58. В какой ТГЗ коллектора ГБТС будет направлен раненый психоневрологического профиля?

- а) базовый;
- б) нейрохирургический;
- в) терапевтический;
- г) травматологический.

59. В ТГЗ по решению ВВК раненые и больные не могут быть:

- а) возвращены в строй;
- б) эвакуированы в госпитали инвалидов войны;
- в) уволены из ВС;
- г) направлены на дополнительное санаторно-курортное лечение;

д) переведены в другие лечебные учреждения.

60. Какой принцип системы этапного лечения с эвакуацией по назначению основан на едином понимании военно-полевой медицинской доктрины?

- а) преемственность;
- б) последовательность;
- в) своевременность;
- г) эвакуация по назначению.

61. Основные мероприятия, осуществляемые Российской службой медицины катастроф:

- 1) медицинская разведка, оказание медицинской помощи, эвакуация пораженных, подготовка и ввод в район (к району) катастроф, анализ оперативной информации, пополнение запасов медицинского имущества и средств защиты;
- 2) проведение мероприятий по защите народного хозяйства, строительство защитных сооружений, рассредоточение и эвакуация населения, организация разведки, составление планов;
- 3) все виды помощи;
- 4) создание систем связи управления, организация наблюдения за внешней средой, использование защитных сооружений и подготовка загородной зоны, разработка планов Российской службы медицины катастроф;
- 5) проведение неотложных мероприятий.

62. Режимы функционирования Российской службы медицины катастроф:

- 1) неотложный и экстренный режим;
- 2) режим повседневной деятельности, режим повышенной готовности, режим чрезвычайной ситуации;
- 3) режим повышенной готовности, режим угрозы возникновения ЧС, режим ликвидации медицинских последствий ЧС;
- 4) режим защиты населения от факторов ЧС, режим ликвидации последствий ЧС, режим повышенной готовности;
- 5) режимы отсутствуют.

63. Силы Российской службы медицины катастроф представлены:

- 1) медицинскими учреждениями;
- 2) врачами-хирургами;
- 3) органами управления, комиссиями по чрезвычайным ситуациям;
- 4) бригадами скорой медицинской помощи, врачебно-сестринскими бригадами, бригадами специализированной медицинской помощи, подвижными госпиталями (различного профиля), медицинскими отрядами;
- 5) многопрофильными научно-практическими территориальными центрами "медицины катастроф", лечебно-профилактическими учреждениями.

64. Основные формирования Российской службы медицины катастроф:

- 1) стационарные и поликлинические учреждения;
- 2) бригады экстренной медицинской помощи, медицинские отряды, бригада экстренной специализированной медицинской помощи; специализированные медицинские бригады постоянной готовности, оперативные и специализированные противоэпидемические бригады, автономные выездные медицинские госпитали;
- 3) головная и профильные больницы;
- 4) лечебно-сестринские бригады; бригады скорой медицинской помощи, спасательные отряды, медицинские учреждения;

5) медицинский отряд, центральная районная больница; центр экстренной медицинской помощи, территориальные бригады лечебной доврачебной помощи, головная больница, бригады скорой медицинской помощи, санэпидотряд.

65. Основной целью прогнозирования возможной обстановки при катастрофах является:

- 1) определение санитарных потерь, необходимых сил и средств;
- 2) описание места происшествия;
- 3) расчет температуры и влажности;
- 4) определение гибели населения;
- 5) получение экономических затрат.

66. Последовательность работы по принятию решений начальников службы медицины катастроф в ЧС:

- 1) уяснить задачу на основании данных разведки, рассчитать санитарные потери, определить потребность в силах и средствах службы, а также в транспортных средствах для эвакуации;
- 2) контроль действий и дисциплина выполнения приказов;
- 3) создать группировку сил, принять решение и довести его до исполнителей, организовать контроль за ходом исполнения;
- 4) принять решение и довести его до исполнителей;
- 5) планирование действий и строгое их выполнение.

67. Организация медицинских мероприятий и накопление запасов имущества базируется на:

- 1) данных прогноза возможных последствий катастроф;
- 2) сведениях о наличии сил и средств здравоохранения;
- 3) распространении поражающих факторов;
- 4) разумной достаточности;
- 5) методических рекомендациях.

68. Комплектование имущества проводится за счет:

- 1) лечебного учреждения;
- 2) Материально-технического обеспечения учреждения;
- 3) неснижаемого запаса;
- 4) анализа оперативной информации;
- 5) текущего обеспечения лечебного учреждения и специальных ассигнований на Российскую службу медицины катастроф.

69. Основные задачи службы медицины катастроф:

- 1) организация медико-санитарного противоэпидемического обеспечения населения;
- 2) сохранение здоровья населения;
- 3) лечебная и гигиеническая;
- 4) обеспечение готовности медицинских учреждений и формирований;
- 5) поиск пораженных, сбор, оказание первой помощи и вынос из опасной зоны.

70. Силы территориальной службы медицины катастроф:

- 1) бригады специализированной медицинской помощи;
- 2) бригады скорой помощи, врачебные и фельдшерские;
- 3) медицинские отряды;
- 4) врачебно-сестринские бригады;
- 5) бригады доврачебной помощи.

71. Постоянно действующие органы управления Всероссийской службы медицины катастроф имеются на следующих уровнях:

- 1) федеральном;
- 2) региональном;
- 3) территориальном;
- 4) местном.

72. В состав врачебно-сестринской бригады по штату входят:

- 1) врач, 2 медицинские сестры;
- 2) 2 врача, 3 средних медицинских работника;
- 3) 1 врач, 5 медицинских сестер, 1 водитель;
- 4) врач и медицинская сестра;
- 5) 2 фельдшера.

73. Виды медицинской помощи, предусмотренные на догоспитальном этапе при крупномасштабной катастрофе:

- 1) любая, которую можно использовать;
- 2) первая медицинская
- 3) первая врачебная и квалифицированная;
- 4) первая медицинская и доврачебная;
- 5) госпитализация в лечебное учреждение.

74. Этап медицинской эвакуации определяется как:

- 1) силы и средства здравоохранения, развернутые на путях эвакуации пораженных для приема, проведения медицинской сортировки, оказания медицинской помощи в определенном объеме, лечения и, при необходимости, подготовки к дальнейшей эвакуации;
- 2) система организации оказания помощи;
- 3) догоспитальный, госпитальный,
- 4) место оказания помощи пострадавшим, их лечение и реабилитация,
- 5) особенный вид помощи.

75. Медицинской сортировкой называется:

- 1) метод распределения пораженных на группы по признаку нуждаемости в однородных лечебно-профилактических и эвакуационных мероприятиях;
- 2) разделение потока пострадавших;
- 3) разделение пострадавших по очередности их эвакуации;
- 4) распределение пораженных на однородные группы по характеру поражения;
- 5) разделение потока на "ходячих" и "носилочных".

76. Основное назначение медицинской сортировки заключается:

- 1) в обеспечении пострадавших своевременной медицинской помощью и рациональной эвакуацией;
- 2) оказание медицинской помощи в максимальном объеме;
- 3) в определении очередности оказания медицинской помощи;
- 4) в регулировании движения автотранспорта;
- 5) определяет лечебное учреждение.

77. При медицинской сортировке лучевых пораженных необходимо решать следующие задачи:

- 1) разделить пострадавших по степени тяжести для решения вопроса об очередности эвакуации;

- 2) выделить группы пострадавших с наиболее легкими поражениями;
- 3) выявить группы лиц, требующих медицинской помощи в ближайшее время,
- 4) определить сроки, объем помощи;
- 5) установить время госпитализации.

78. Основное место хранения медицинского имущества нештатных формирований службы медицины катастроф:

- 1) сами формирования;
- 2) учреждения формирователи;
- 3) склады ГО;
- 4) аптеки лечебных учреждений;
- 5) склады "Медтехника" и "Росфармация".

79. Первоочередной эвакуации в инфекционный стационар подлежат:

- 1) тяжелые больные и больные с высококонтагиозными инфекциями, имеющие поражения органов дыхания;
- 2) больные средней тяжести и больные контагиозными инфекциями с признаками поражения органов пищеварения;
- 3) тяжелые больные с признаками поражения нервной системы.

80. Основные противоэпидемические требования к эвакуации инфекционных больных из зоны

чрезвычайной ситуации:

- 1) организация эпидемиологического наблюдения;
- 2) выявление в местах сбора эвакуируемого населения инфекционных больных и подозрительных на инфекционные заболевания;
- 3) проведение экстренной и специфической профилактики;
- 4) оборудование изоляторов на путях эвакуации;
- 5) контроль за организацией банно-прачечного обслуживания;
- 6) борьба с насекомыми и грызунами в местах размещения эвакуируемых;
- 7) контроль за проведением санитарной обработки населения.

81. Общая экстренная профилактика в эпидемиологических очагах проводится :

- 1) до установления возбудителя;
- 2) после установления вида организма;
- 3) установления клинического диагноза у инфекционных больных.

82. Основные задачи госсанэпидслужбы в ликвидации чрезвычайных ситуаций:

- 1) принятие решений, обязательных для исполнения органами исполнительной власти, учреждениями, должностными лицами;
- 2) контроль за проведением специфической и неспецифической профилактики инфекционных заболеваний;
- 3) обеспечение постоянной готовности системы управления, сил и средств ЧС;
- 4) обеспечение контроля за готовностью лабораторной базы;
- 5) прогнозирование и оценка медико-санитарных последствий.

83. Основные мероприятия проводимые службой Госсанэпиднадзора при чрезвычайных ситуациях (ЧС):

- 1) надзор за санитарно-эпидемической обстановкой в зоне ЧС;
- 2) подготовка формирований в зоне ЧС;
- 3) взаимодействие с ведомственными медико-санитарными службами;

- 4) организует работу сети наблюдения и лабораторного контроля;
- 5) участие в осуществлении государственной экспертизы в области защиты населения и территорий в условиях ЧС.

84. Гигиеническая диагностика при радиационных авариях включает:

- 1) обеспечение населения средствами индивидуальной защиты;
- 2) оценку для внешнего и внутреннего облучения населения и персонала;
- 3) определение уровней радиационного загрязнения территории;
- 4) проведение дезактивационных мероприятий.

85. В зоне землетрясения в первую очередь возникают следующие сан.гиг. последствия:

- 1) одномоментное разрушение водопроводов, коллекторов, появление большого числа погибших и пораженных;
- 2) массивное микробное загрязнение местности;
- 3) немедленное появление большого числа инфекционных больных;
- 4) наличие погибших животных и людей и несвоевременное их захоронение.

86. Мероприятия санэпиднадзора за полевым размещением спасателей включают:

- 1) дегазация и дезактивация территории;
- 2) санитарную оценку района размещения;
- 3) оценку возможностей ближайших мед. учреждений;
- 4) проверку готовности систем водообеспечения, удаления отходов, полевых жилищ.

87. Санитарно -эпидемиологический надзор в ЧС предусматривает :

- 1) надзор за размещением в ЧС спасателей;
- 2) надзор за состоянием здоровья населения;
- 3) надзор за оказанием лечебной помощи пострадавшим;
- 4) надзор за качеством и безопасностью пищевой воды и продовольствия.

88. Санитарно -эпидемиологический надзор за водоснабжением в зоне ЧС предусматривает:

- 1) контроль за безопасностью подаваемой воды;
- 2) распределение питьевых запасов;
- 3) проверку санитарного состояния сооружений водопровода;
- 4) допуск персонала к эксплуатации объектов водоснабжения.

89. Для оценки медико-санитарных последствий ЧС учреждения санэпиднадзора организуют

и проводят следующие виды разведок:

- 1) биологическую;
- 2) медицинскую;
- 3) радиационную;
- 4) сан.эпидемическую;
- 5) химическую.

90. Санитарно-противоэпидемическое обеспечение при чрезвычайных ситуациях осуществляется:

- 1) в зоне бедствия;
- 2) в эпидемических очагах;
- 3) на путях эвакуации;
- 4) в местах размещения эвакуируемых.

91. В чрезвычайных ситуациях к особо опасным инфекциям относятся заболевания:

- 1) чума (легочная форма);
- 2) брюшной тиф;
- 3) холера;
- 4) сибирская язва;
- 5) бруцеллез;
- 6) мелиоидоз;
- 6) геморрагическая лихорадка.

92. Основные санитарно-гигиенические требования к эвакуации инфекционных больных из зоны чрезвычайной ситуации:

- 1) контроль за организацией питания, водоснабжения;
- 2) контроль за соблюдением санитарно-гигиенических правил снабжения питьевой водой, хранением пищевых продуктов;
- 3) контроль за санитарным состоянием мест пребывания эвакуируемых;
- 4) контроль за проведением санитарной обработки населения.

93. Очередность экстренной профилактики инфекционных заболеваний в зонах чрезвычайной ситуации:

- 1) формирования, участвующие в ликвидации вспышек инфекционных заболеваний;
- 2) в учреждениях, на предприятиях в очаге и продолжающих свою работу;
- 3) детские коллективы;
- 4) остальные категории населения.

94. Основными способами защиты населения являются:

- 1) оказание медицинской помощи;
- 2) вывод из очага катастрофы;
- 3) укрытие в защитных сооружениях;
- 4) прием медикаментов и эвакуация;
- 5) укрытие в защитных сооружениях, использование средств индивидуальной защиты, эвакуация и рассредоточение.

95. Частичная санитарная обработка проводится:

- 1) в очаге катастрофы не позднее 6-12 час. после воздействия;
- 2) эффективно специальными препаратами;
- 3) кожи, глаз, зева;
- 4) с помощью подручных средств;
- 5) хлорной известью.

96. Основные мероприятия, направленные на обеспечение радиационной безопасности населения на территории следа радиоактивного облака:

- 1) защита от внешнего гамма-облучения и радиоактивных веществ, дозиметрический контроль
- 2) укрытие в убежищах, полная санитарная обработка по выходе из них;
- 3) защита от внутреннего и внешнего облучения;
- 4) нахождение в зданиях;
- 5) укрытие в противорадиационных укрытиях.

97. Основные организационные мероприятия по ликвидации медико-санитарных последствий аварий на ядерном реакторе:

- 1) обеспечение средствами индивидуальной защиты, организация оказания первой медицинской помощи в очаге, эвакуация персонала и населения, организация лечения больных в ОЛБ;

- 2) проведение радиационной профилактики, ограничение поступления радионуклидов с пищей и водой, дезактивация (по показаниям), дозиметрический контроль, контроль за состоянием внешней среды, индивидуальная и коллективная защита персонала и населения, оказание медицинской помощи;
- 3) эвакуация персонала и населения, радиологический контроль, лечение пораженных, дезактивация;
- 4) дезактивация территории;
- 5) радиационная разведка.

98. Табельные медицинские средства индивидуальной защиты населения в ЧС:

- 1) ватно-марлевая повязка, изолирующий противогаз;
- 2) аптечка индивидуальная АИ-2, индивидуальный и противохимический пакеты ИПП-8, ИПП-10,
- 3) противогаз ГП-5, ГП-7, противохимический пакет ИПП-8, фильтрующая одежда;
- 4) противорадиационное укрытие, убежища, противогаз ГП-5;
- 5) средства защиты органов дыхания, средства защиты кожи.

99. Коллективные средства защиты включают:

- 1) больницы, станции переливания крови;
- 2) формирования ГО;
- 3) противогазы;
- 4) убежища, укрытия (противорадиационные, простейшие);
- 5) центры медицины катастроф.

100. Запас противогазов, йодистого калия больницей создается:

- 1) столько, сколько потребует МС ГО;
- 2) на весь персонал + 10% от численности коек;
- 3) выдается лишь при ЧС;
- 4) снабжается пораженное население;
- 5) снабжается работающая смена медицинского персонала.

ПРИМЕР ЭКЗАМЕНАЦИОННОГО БИЛЕТА ДЛЯ ГИА ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины

Специальность 31.08.10 «Судебно-медицинская экспертиза»

31.08.10 «Судебно-медицинская экспертиза»

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 1

1. Вопрос: Обязанности судебно-медицинского эксперта по УПК РФ.
2. Вопрос: Провести морфологическое исследование повреждений, возникающих от действия колющих предметов.
3. Задача: Определение степени тяжести вреда здоровью.

Зав. кафедрой _____ подпись _____ расшифровка

« ____ » _____ 20 ____ г.

**Лист согласования
дополнений и изменений
к комплекту ФОС_Д / ФОС_П / ФОС_{ГИА} на _____ учебный год**

Дополнения и изменения к комплекту ФОС_Д / ФОС_П / ФОС_{ГИА} на

_____ учебный год по

дисциплине _____ /

практике _____ /

государственной итоговой аттестации

по специальности _____

В комплект ФОС_Д / ФОС_П / ФОС_{ГИА} внесены следующие изменения:

Дополнения и изменения в комплекте ФОС_Д / ФОС_П / ФОС_{ГИА} обсуждены на заседании кафедры

« _____ » _____ 20 _____ г. (протокол № _____).

Заведующий кафедрой (для ФОС_Д / ФОС_П) _____ / _____ /

Заведующий профильной кафедрой (для ФОС_{ГИА}) _____ / _____ /