**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования**
**«РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАРОДНОГО ХОЗЯЙСТВА И ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ ПРИ ПРЕЗИДЕНТЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»**

Институт права и национальной безопасности
Кафедра основ правоохранительной деятельности

УТВЕРЖДЕНА

решением кафедры основ правоохранительной деятельности

Протокол от «11» мая 2020 г. № 6

# РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Б1.Б.34.04 Судебная медицина
*(индекс, наименование дисциплины (модуля), в соответствии с учебным планом)*

40.05.01 Правовое обеспечение национальной безопасности
*(код, наименование специальности)*

Гражданско-правовая
*(специализация)*

юрист
*(квалификация)*

очная
*(форма(ы) обучения)*

Год набора - 2020

Москва, 2020 г.

**Автор(ы)–составитель(и):**
кандидат юридических наук Мариновская И.Д.

Заведующий кафедрой теории
основ правоохранительной деятельности Романов К.А

## СОДЕРЖАНИЕ

1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенных с планируемыми результатами освоения образовательной программы

2.Объем и место дисциплины (модуля) в структуре образовательной программы

3.Содержание и структура дисциплины (модуля)

4.Материалы текущего контроля успеваемости обучающихся и фонд оценочных средств промежуточной аттестации по дисциплине (модулю)

5.Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)

6.Учебная литература и ресурсы информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", учебно-методическое обеспечение самостоятельной работы обучающихся по дисциплине (модулю)

6.1. Основная литература

6.2. Дополнительная литература

6.3. Учебно-методическое обеспечение самостоятельной работы

6.4. Нормативные правовые документы

6.5. Интернет-ресурсы

6.6. Иные источники

7.Материально-техническая база, информационные технологии, программное обеспечение и информационные справочные системы

## 1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенных с планируемыми результатами освоения программы

1. Дисциплина *(Б1.Б.34.04 Судебная медицина)* обеспечивает овладение следующими компетенциями с учетом этапа:

| Код компетенции | Наименование компетенции | Код этапа освоения компетенции | Наименование этапа освоения компетенции |
|---|---|---|---|
| УК ОС-1 | Способность применять критический анализ информации и системный подход для решения профессиональных задач | УК ОС-1.2.4 | способность определять значение судебной медицины и психиатрии в ряду других отраслей права, а также пользоваться методологией проведения судебно-медицинских и психиатрических экспертиз |
| УК ОС-7 | Способность создавать и поддерживать безопасные условия жизнедеятельности, в том числе при возникновении чрезвычайных ситуаций | УК ОС-7.2.3 | способность поддерживать безопасность людей в чрезвычайных ситуациях, организовывать мероприятия по их защите, опираясь на медицинские и естественнонаучные знания, а также ориентироваться в назначении общенаучных и специальных методов исследования, направленных на разрешение медико-биологических вопросов, возникающих у органов правосудия в процессе расследования и судебного разбирательства уголовных и гражданских дел |

2. В результате освоения дисциплины у студентов должны быть сформированы:

| ОТФ/ТФ *(при наличии профстандарта)*/ трудовые или профессиональные действия | Код этапа освоения компетенции | Результаты обучения |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| | УК ОС-1.2.4 | на уровне знаний:<br>- понятие система, свойства систем, классификация систем, системный подход, принципы системного подхода, гражданская позиция и политическая позиция;<br>- методы познания, необходимые для интеллектуального развития профессиональной компетентности в области права; |
| | | на уровне умений:<br>- учитывать фактор времени при анализе явлений;<br>- обобщать, анализировать, воспринимать фактическую и правовую информацию; |
| | | на уровне навыков:<br>- навык применения методик, приемов и техник обработки, восприятия и анализа источников права; |
| | УК ОС-7.2.3 | на уровне знаний:<br>- видов чрезвычайных ситуаций, общих правил и алгоритмов действий в штатных, нештатных и чрезвычайных ситуациях;<br>- пределов своей компетенции и основных компетенций взаимодействующих структур; |
| | | на уровне умений:<br>- отстаивать свою принципиальную, основанную на нормах права, морали и этики профессиональную позицию;<br>- применять правовые знания в ситуациях повседневной профессиональной деятельности;<br>- предвидеть последствия принятия правовых решений по вопросам профессиональной деятельности; |
| | | на уровне навыков:<br>- опыт адаптироваться в быстро меняющейся обстановке, складывающейся при нештатных и чрезвычайных ситуациях;<br>- навык сохранения контроля за своими эмоциями при возникновении чрезвычайных ситуаций; |

## 1. Объем и место дисциплины (модуля) в структуре ОП ВО

**Объем дисциплины**

Общая трудоемкость дисциплины составляет 2 з.е. (72 а.ч.).

Количество академических часов, выделенных на контактную работу с преподавателем (по видам учебных занятий) и на самостоятельную работу обучающихся:

- очная форма обучения: лекции – 16 а.ч., практические занятия – 16 а.ч., самостоятельная работа - 40 а.ч.

Форма промежуточной аттестации в соответствии с учебным планом – зачет.

**Место дисциплины в структуре ОП ВО**

Дисциплина осваивается в 9 семестре 5 курса после изучения Логика, Политология, Учебная практика, Безопасность жизнедеятельности, Основы теории национальной безопасности, Трудовое право, Экологическое право.

## 2. Содержание и структура дисциплины (модуля)

***Очная форма обучения***

| № п/п | Наименование тем и/или разделов | Объем дисциплины (модуля), час. | | | | | | Форма текущего контроля успеваемости**, промежуточной аттестации*** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Всего | Контактная работа обучающихся с преподавателем по видам учебных занятий | | | | СР | |
| | | | Л/ЭО, ДОТ* | ЛР/ ЭО, ДОТ* | ПЗ/ ЭО, ДОТ* | КСР | | |
| Тема 1 | Ведение в курс судебной медицины Процессуальные и организационные основы судебно-медицинской экспертизы (СМЭ). Судебно-медицинская экспертиза живых лиц. | 7 | 1 | | 2 | | 4 | **О, Т** |
| Тема 2 | Учение о смерти и трупных изменениях. Определение давности наступления смерти. | 7 | 1 | | 2 | | 4 | **О, Т** |
| Тема 3 | Повреждения от действия тупых предметов. | 8 | 2 | | 2 | | 4 | **О, Т** |
| Тема 4 | Транспортная травма. Повреждения при падении с высоты. | 8 | 2 | | 2 | | 4 | **О, Т** |
| Тема 5 | Повреждения от действия огнестрельного оружия. Повреждения острыми предметами. | 8 | 2 | | 2 | | 4 | **О, Т** |
| Тема 6 | Судебно-медицинские аспекты асфиксии и гипоксии. | 8 | 2 | | 2 | | 4 | **О, Т** |
| Тема 7 | Повреждения от воздействия физических факторов. | 9 | 2 | | 1 | | 6 | **О, Т** |
| Тема 8 | Судебно-медицинская токсикология. | 9 | 2 | | 1 | | 6 | **О, Т** |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Тема 9 | Осмотр трупа на месте его обнаружения. Экспертиза вещественных доказательств биологического происхождения. | 8 | 2 | | 2 | | 4 | **О, Т** |
| Промежуточная аттестация | | **зачет** | | | | | | |
| **Всего:** | | **72** | **16** | | **16** | | **40** | |

## Содержание дисциплины (модуля)

### Тема 1 Ведение в курс судебной медицины

Процессуальные и организационные основы судебно-медицинской экспертизы (СМЭ). Судебно-медицинская экспертиза живых лиц. Определение судебной медицины. Связь судебной медицины с другими медицинскими, естественными и юридическими науками. Предмет, содержание и задачи судебной медицины, система предмета. Понятие о судебно-медицинском исследовании и судебно-медицинской экспертизе в уголовном и гражданском процессах. Понятия «судебно-медицинский эксперт» и «врач-эксперт». Пределы компетенции судебно-медицинской экспертизы.

Организация и структура судебно-медицинской экспертизы в Российской Федерации. Основные нормативные акты, регламентирующие деятельность судебно-медицинских учреждений и судебно-медицинских экспертов. Виды судебно-медицинских экспертиз. Судебно-медицинская документация. Заключение эксперта как источник доказательств по делам о преступлениях против жизни и здоровья граждан.

Поводы и организация судебно-медицинской экспертизы потерпевших, подозреваемых и других лиц. Экспертиза и освидетельствование. Юридическая квалификация телесных повреждений и вреда здоровью.

Правила судебно-медицинского определения тяжести вреда здоро¬вью. Критерии причинения вреда здоровью.

Способы причинения телесных повреждений (побои, истязания). Общее представление об экспертизе установления размера (процента) утраты трудоспособности.

Общие представления о судебно-медицинской экспертизе состояния здоровья, притворных и искусственных болезней.

### Тема 2 Учение о смерти и трупных изменениях

Определение давности наступления смерти. Учение о смерти. Терминальные состояния. Клиническая и биологическая смерть. Констатация факта смерти, ее признаки; установление. Понятие о танатогенезе. Морфологические признаки остро наступившей смерти. Агональная смерть.

Ориентировочные и достоверные признаки смерти. Судебно-медицинская характеристика и значение ранних и поздних трупных изменений. Сроки развития трупных изменений в зависимости от условий, в которых находился труп. Методы исследования ранних трупных изменений, используемые в судебной медицине.

Ориентировочное установление давности смерти по выраженности трупных изменений, возможности решения других экспертных вопросов. Искусственная консервация трупов. Разрушение трупов животными, насекомыми, растениями.

## Тема 3 Повреждения от действия тупых предметов

Факторы внешней среды, приводящие к образованию повреждений.
Прижизненные и посмертные (умышленные и случайные) телесные повреждения, последовательность их причинения.
Механические повреждения, их классификация. Причины смерти при механических повреждениях.
Методика описания повреждений.
Установление давности причинения повреждений.
Классификация тупых твердых предметов. Механизмы возникновения повреждений от тупых твердых предметов. Морфологическая характеристика ссадин, кровоподтеков, ран от действия тупых твердых предметов, судебно-медицинское значение.
Повреждения, причиняемые частями тела человека.
Переломы: определение понятия, механизмы и условия, влияющие на образование переломов. Локальные и конструкционные переломы.
Повреждения оболочек и вещества головного мозга и внутренних органов от действия тупых твердых предметов.
Возможности установления орудия травмы по морфологии повреждений. Общие представления об исследованиях по идентификации орудий и их диагностика по особенностям и свойствам травмы.

## Тема 4 Транспортная травма. Повреждения при падении с высоты.

Общая характеристика современной транспортной травмы, ее место в структуре насильственной смерти. Виды транспортной травмы.
Автомобильная травма. Определение понятия. Виды автомобильной травмы. Механизмы и фазы возникновения повреждений при каждом из них. Морфологическая характеристика возникающих при этом повреждений. Специфические и характерные повреждения.
Мотоциклетная травма. Механизмы и фазы возникновения повреждений при каждом из них. Морфологическая характеристика возникающих при этом повреждений. Специфические и характерные повреждения.
Тракторная травма. Особенности повреждений.
Особенности осмотра места происшествия и трупа при дорожно-транспортных происшествиях и техники судебно-медицинского исследования трупа.
Железнодорожная травма: определение понятия, виды травмы, морфологическая характеристика повреждений при них. Особенности убийств на железной дороге и инсценировки самоубийств или несчастного случая с использованием железнодорожного транспорта. Особенности осмотра трупа при подозрении на железнодорожную травму.
Краткие сведения об авиационных и водных травмах.
Повреждения при падениях с высоты и на плоскости: виды падения и механизмы возникновения повреждений, морфологическая характеристика местных и отдаленных повреждений, ее зависимость от высоты, вида падения и других условий. Падение на лестничном марше.

## Тема 5 Повреждения от действия огнестрельного оружия. Повреждения острыми предметами.

Огнестрельное оружие и боеприпасы к нему, классификация, принципы устройства. Механизм выстрела. Повреждающие факторы выстрела. Признаки близкого выстрела.

Пулевые огнестрельные повреждения при выстреле в упор, с близкой и неблизкой дистанции. Разрывное, пробивное, контузионное, действие пули. Входное и выходное огнестрельные отверстия, их морфологические признаки. Слепые, сквозные, касательные ранения. Раневой канал.
Особенности повреждений при выстреле холостым патроном, из самодельного оружия, при выстреле через преграду.
Повреждения из дробовых ружей, особенности ранений дробью и картечью в зависимости от расстояния выстрела. Представление о лабораторных исследованиях огнестрельных повреждений.
Особенности судебно-медицинской экспертизы при множественных огнестрельных повреждениях.
Взрывная травма.
Повреждения при применении газового и травматического оружия.
Возможности судебно-медицинской экспертизы огнестрельных повреждений.
Определение и классификация острых предметов. Механизмы повреждающего действия режущих, колющих, колюще-режущих, рубящих, колюще-рубящих, пилящих и др. предметов. Морфологическая характеристика и дифференциальная диагностика возникающих при этом повреждений.
Вопросы, разрешаемые судебно-медицинской экспертизой при повреждениях острыми предметами.

## Тема 6 Судебно-медицинские аспекты асфиксии и гипоксии.

Понятие о гипоксии и механической асфиксии, ее виды. Патофизиология асфиксии.
Странгуляционная асфиксия от сдавления шеи: повешение, удавление петлей, удавление руками.
Асфиксия от сдавления груди и живота (компрессионная).
Обтурационная и аспирационная асфиксия: от закрытия носа и рта мягкими предметами, сыпучими телами, рвотными массами.
Утопление, его виды.
Патогенез и морфологические изменения при различных видах механической асфиксии, их судебно-медицинская оценка. Значение лабораторных методов в диагностике асфиксии.
Посмертные признаки пребывания трупов в воде. Повреждения на трупах, извлеченных из воды.

## Тема 7 Повреждения от воздействия физических факторов.

Общее и местное действие высокой температуры. Тепловой и солнечный удары. Распознавание действия горячей жидкости и других высокотемпературных факторов. Ожоги и ожоговая болезнь. Причины смерти и сроки ее наступления.
Экспертиза трупов, обнаруженных в очаге пожара. Признаки прижизненного и посмертного пребывания в очаге пожара.
Признаки сжигания трупа с целью сокрытия следов преступления. Сжигание трупов в печах.
Вопросы, разрешаемые судебно-медицинской экспертизой при действии высоких температур.
Общее и местное действие низкой температуры. Отморожения частей тела. Смерть от переохлаждения организма, усло¬вия способствующие смерти, диагностика этого вида смерти при исследовании трупа. Оледенение трупов. Вопросы, разрешаемые судебно-медицинской экспертизой при действии низких температур.

Электротравма. Механизмы действия электрического тока на организм и условия, способствующие поражению техническим электричеством. Патофизиология, танатогенез и морфология электротравмы.
Поражение атмосферным электричеством.
Особенности осмотра места происшествия и трупа при электротравме.
Вопросы, разрешаемые судебно-медицинской экспертизой при поражениях электричеством.
Повреждения и смерть от действия экстремального давления. Решение экспертных вопросов. Повреждение и смерть от действия лучистой энергии.

## Тема 8 Судебно-медицинская токсикология.

Понятие о ядах, их классификация по химическому составу и механизмам действия. Общие сведения об отравлениях едкими ядами - кислотами и щелочами. Патогенез, морфология, причины смерти, судебно-медицинская и лабораторная диагностика.
Отравления деструктивными ядами (ртуть, свинец, медь, мышьяк, сурьма, другие соли тяжелых металлов): патофизиология, генез смерти, морфологические проявления, судебно-медицинская диагностика.
Отравления гемотропными ядами (окись углерода, метгемоглобин-образователи) патофизиология, генез смерти, морфологические изменения, судебно-медицинская диагностика.
Общие сведения об отравлении ядами, вызывающими функциональные расстройства.
Отравление этиловым спиртом и спиртосодержащими жидкостями. Патогенез, танатогенез, морфология, судебно-медицинская диагностика, роль лабораторных исследований в диагностике смертельных и несмертельных отравлений этиловым спиртом, оценка результатов исследования.
Отравления ядохимикатами.
Пищевые отравления. Классификация. Пищевые отравления бактериального и небактериального происхождения. Особенности осмотра места происшествия и судебно-медицинская экспертиза при пищевых отравлениях.

## Тема 9 Осмотр трупа на месте его обнаружения

Экспертиза вещественных доказательств биологического происхождения. Регламентация и порядок осмотра трупа на месте его обнаружения в соответствии с УПК РФ. Организация осмотра места происшествия. Участники осмотра, их обязанности. Задачи врача-специалиста в области судебной медицины при осмотре трупа на месте его обнаружения. Порядок, методика, стадии осмотра трупа. Поиск, обнаружение, изъятие, упаковка вещественных доказательств биологического происхождения.
Особенности осмотра трупа при некоторых видах смерти: транспортной травме, огнестрельных повреждениях, механической асфиксии, действии крайних температур, электротравме, отравлениях.
Особенности осмотра частей расчленённых трупов, а также скелетированных, эксгумированных.
Понятие и характеристика вещественных доказательств биологического происхождения. Обнаружение, фиксация, изъятие и упаковка различных видов доказательств биологического происхождения.
Экспертиза крови и ее следов. Вопросы, разрешаемые при экспертизе крови. Представление о методах, используемых для лабораторной диагностики наличия крови, ее видовой и групповой, половой принадлежности. Принципы и возможности судебно-медицинской экспертизы крови при спорном отцовстве, материнстве и замене детей.

Представление о принципах и возможностях экспертизы семенной жидкости, слюны, волос и других биологических объектов; вопросы, разрешаемые экспертизой.
Понятие о цитологической экспертизе. Понятие об экспертизе наложений на орудиях травмы.
Понятие о медико-криминалистической экспертизе, объектах ее исследования и возможностях. Идентификация предметов, оружия и орудий со следами повреждений и наложений на одежде и теле человека. Отождествление личности неизвестного человека.
Методы, способы и приёмы решения идентификационных задач.

## 1. Материалы текущего контроля успеваемости обучающихся и фонд оценочных средств промежуточной аттестации по дисциплине (модулю)

Тест 1

1. Назначение судебно-медицинской экспертизы, согласно действующему уголовно-процессуальному законодательству, является обязательным при необходимости установления:

1) причины смерти;
2) тяжести вреда здоровью;
3) физического и психического состояния подозреваемого, обвиняемого, потерпевшего или свидетеля;
4) возраста подозреваемого, обвиняемого или потерпевшего.

2. Основанием для производства судебно-медицинской экспертизы является:

1) постановление органов следствия;
2) направление лечебного учреждения;
3) постановление органов дознания;
4) предложение учреждения медицинского страхования.

3. Основанием для производства судебно-медицинской экспертизы является:

1) определение суда;
2) направление органов дознания;
3) постановление органов следствия;
4) направление лечебного учреждения.

4. Объектами судебно-медицинской экспертизы являются:

1) живые лица;
2) трупы людей;
3) вещественные доказательства биологического происхождения;
4) медицинская документация.

5. Освидетельствованию может быть подвергнут:

1) подозреваемый;
2) обвиняемый;
3) потерпевший;
4) свидетель.

6. Судебно-медицинская экспертиза может производиться:

1) экспертом единолично;
2) группой экспертов одной медицинской специальности;

3) группой экспертов разных медицинских специальностей;

4) группой экспертов, включающей как врачей, так и представителей других профессий.

7. Результаты судебно-медицинской экспертизы оформляются:

1) протоколом судебно-медицинской экспертизы;

2) актом судебно-медицинского исследования или освидетельствования;

3) актом судебно-медицинской экспертизы;

4) заключением судебно-медицинской экспертизы (эксперта).

8. В состав судебно-медицинской экспертной комиссии могут входить:

1) главный областной, краевой или республиканский судебно-медицинский эксперт;

2) опытные судебно-медицинские эксперты;

3) ведущие специалисты-клиницисты;

4) представители правоохранительных органов.

9. Проведение судебно-медицинской экспертизы группой экспертов (комиссионно) является обязательным при производстве:

1) первичной экспертизы;

2) повторной экспертизы;

3) дополнительной экспертизы;

4) экспертизы по так называемым «врачебным делам».

10. В компетенцию судебно-медицинской экспертной комиссии входит:

1) установление причины смерти;

2) решение вопросов о правильности диагностики и лечения больного;

3) определение механизма и последовательности образования повреждений;

4) установление вида травмирующего предмета.

11. В случае возникновения разногласий среди членов судебно-медицинской экспертной комиссии предусматривается оформление:

1) подписываемого всеми членами комиссии заключения с изложением всех точек зрения членов комиссии;

2) подписываемого всеми членами комиссии заключения, отражающего мнение большинства членов комиссии;

3) подписываемого всеми членами комиссии заключения только по согласованным позициям;

4) заключений каждым экспертом отдельно.

12. Прерогатива оценки заключения эксперта принадлежит:

1) прокурору;

2) адвокату;

3) следователю;

4) суду.

13. Бюро судебно-медицинской экспертизы имеются в:

1) Москве и С.-Петербурге;

2) каждой автономной республике;

3) каждой области (крае);

4) каждом крупном районном центре.

14. В бюро судебно-медицинской экспертизы предусмотрены:

1) отдел судебно-медицинской экспертизы трупов;

2) отдел судебно-медицинской экспертизы потерпевших, обвиняемых и других лиц;

3) судебно-медицинская лаборатория;

4) судебно-биологический отдел.

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

1) проведение клинико-анатомических конференций;

2) выявление острых инфекционных заболеваний;

3) эпидемиологический анализ травматизма, отравлений, скоропостижной смерти;

4) санитарно-просветительная работа.

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

1) хирурги;

2) терапевты;

3) акушеры-гинекологи;

4) педиатры.

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

1) патологоанатомы;

2) фельдшера с большим стажем работы;

3) хирурги;

4) студенты-старшекурсники.

18. Судебно-медицинский эксперт имеет право:

1) знакомиться с материалами дела, относящимися к предмету экспертизы;

2) допрашивать подозреваемого или обвиняемого;

3) запрашивать дополнительные материалы по делу;

4) проводить следственные эксперименты.

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

1) потерпевшему;

2) подсудимому;

3) свидетелю;

4) судье.

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

1) явиться по вызову лица, проводящего дознание или следствие, либо суда;

2) присутствовать на судебном заседании при рассмотрении дела, по которому он привлекался в качестве эксперта;

3) дать заключение по поставленным перед ним вопросам;

4) сохранять в тайне данные предварительного следствия или дознания.

21. За дачу заведомо ложного заключения, согласно действующему уголовному законодательству, эксперт может быть подвергнут наказанию в виде:

1) лишения свободы;

2) штрафа;

3) исправительных работ;

4) общественного порицания.

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

1) исправительных работ;

2) лишения свободы;

3) штрафа;

4) общественного порицания.

Тест 2

*За вопросом или незаконченным утверждением, приведенными ниже, следует 4—5 ответов или утверждений. Выберите один наиболее правильный ответ.*

1. Внезапной (скоропостижной), согласно рекомендациям ВОЗ, принято считать смерть, последовавшую от начала клинических проявлений болезни не более чем через:

A) 6 ч;

B) 10 ч;

C) 12 ч;

D) 18 ч;

E) 24 ч.

2. Стадия гипостаза трупных пятен обычно наблюдается при давности наступления смерти не более:

A) 5-8 ч;

B) 8-10 ч;

C) 12-14 ч;

D) 14-20 ч.

3. Стадия имбибиции трупных пятен обычно формируется по истечении:

A) 2-4 ч;

B) 8-10 ч;

C) 12-18 ч;

D) 24-30 ч.

4. На степень выраженности мышечного окоченения влияют все факторы, кроме:

A) степени развития мускулатуры;

B) причины смерти;
C) позы человека в момент смерти;
D) давности наступления смерти.

5. Образование идиомускулярной опухоли в условиях комнатной температуры вызывается при давности наступления смерти не более:
A) 3-4 ч;
B) 4-5 ч;
C) 5-6 ч;
D) 6-7 ч;
E) 7-8 ч.

6. Содержимое желудка растительного происхождения попадает после приема пищи в двенадцатиперстную кишку через:
A) 1-2 ч;
B) 2-4 ч;
C) 4-6 ч;
D) 6-10 ч;
E)10-15 ч.

7. Жирное пищевое содержимое желудка попадает после приема пищи в двенадцатиперстную кишку через:
A) 1-2 ч;
B) 2-4 ч;
C) 4-6 ч;
D) 6-10 ч;
E) 10-15.

Тест 3

*За вопросом или незаконченным утверждением, приведенными ниже, следует 4—5 ответов или утверждений. Выберите ОДИН наиболее правильный ответ.*

1. К осмотру трупа на месте его обнаружения в качестве специалиста в области судебной медицины могут быть привлечены все, кроме:
A) хирурга;
B) терапевта;
C) акушера-гинеколога;
D) педиатра;
E) провизора.

2. К производству судебно-медицинской экспертизы трупа могут быть привлечены все перечисленные специалисты, кроме:
A) хирурга;
B) терапевта;
C) акушера-гинеколога;
D) педиатра;
E) провизора.

3. При гипертонической болезни кровоизлияния наиболее часто локализуются:

A) под оболочками головного мозга;
B) в желудочках и подкорковых ядрах больших полушарий;
C) в мозжечке;
D) в стволовых структурах мозга;
E) не имеют типичной локализации.

4. При сосудистых поражениях головного мозга кровоизлияния наиболее часто локализуются:
A) под оболочками головного мозга;
B) в желудочках головного мозга;
C) в больших полушариях головного мозга;
D) в мозжечке и стволовых структурах мозга;
E) не имеют типичной локализации.

5. Типичной локализацией ишемических инфарктов головного мозга является:
A) кора полушарий большого мозга;
B) белое вещество полушарий и стволовой отдел мозга;
C) мозжечок;
D) не имеют типичной локализации.

6. Морфологические изменения в кардиомиоцитах, вызванные их гипоксией, можно выявить уже через:
A) 20—30 мин;
B) 1-2 ч;
C) 2-3 ч;
D) 3-5 ч;
E) 5-10 ч.

7. Макроскопически инфаркт миокарда можно заподозрить через:
A) сутки после его развития;
B) 2-3 сут;
C) 3-4 сут;
D) 4-5 сут.

8. Миомаляция после инфаркта миокарда появляется через:
A) несколько часов;
B) 3-5 сут;
C) 7-10 сут;
D) 2—3 нед.

9. Наименее пригодными для гистологического исследования при подозрении на инфаркт миокарда являются ткани из области:
A) стенок желудочков;
B) межжелудочковой перегородки;
C) области верхушки сердца;
D) зоны инфаркта;
E) зоны инфаркта на границе с неповрежденной мышцей.

Тест 4

Инструкция к вопросам 10—34

*Для каждого вопроса или незаконченного утверждения правильными являются ОДИН или НЕСКОЛЬКО ответов.*

ВЫБЕРИТЕ:

| A, | B, | C, | D, | E, |
|---|---|---|---|---|
| если верно 1,2,3 | если верно 1,3 | если верно 2,4 | если верно 4 | если все верно |

10. На месте происшествия (обнаружения трупа) врач-специалист в области судебной медицины осуществляет работу:

1) на основании указания следователя;

2) на основании указания оперативного работника ОВД;

3) по определению суда;

4) по собственной инициативе.

11. Участвуя в осмотре трупа на месте происшествия, врач-специалист в области судебной медицины должен:

1) убедиться в наступлении смерти потерпевшего;

2) направить на лабораторное исследование вещественные доказательства;

3) установить имеющиеся на теле потерпевшего повреждения;

4) составить протокол осмотра трупа на месте происшествия.

12. Участвуя в осмотре трупа на месте происшествия, врач-специалист в области судебной медицины в обязательном порядке должен:

1) зафиксировать позу трупа;

2) убедиться в отсутствии признаков жизни у потерпевшего;

3) зафиксировать посмертные изменения;

4) установить причину смерти потерпевшего.

13. Для ориентировочного суждения о давности наступления смерти на месте происшествия определяют:

1) ректальную температуру;

2) стадию развития трупных пятен;

3) степень выраженности мышечного окоченения;

4) реакцию поперечнополосатых мышц на механическое воздействие.

14. На перемещение тела или изменение его положения указывает:

1) наличие множественных взаимопараллельных царапин на теле;

2) наличие трупных пятен как на передней, так и на задней поверхностях тела;

3) несоответствие локализации трупных пятен позе трупа;

4) отсутствие мышечного окоченения в отдельных группах мышц.

15. Осматривая труп на месте его обнаружения, врач-специалист в области судебной медицины может:

1) осуществить зондирование раневого канала;

2) взять мазки из половых органов трупа женщины;

3) иссечь края кожных ран для направления их в судебно-медицинскую лабораторию;

4) провести предварительные пробы на наличие крови.

16. При описании раны в ходе осмотра трупа на месте его обнаружения врач-специалист в области судебной медицины должен отметить:

1) размеры и форму раны;

2) направление потеков крови;

3) состояние концов и краев раны;

4) глубину раневого канала.

17. Для обнаружения пятен крови допустимо проведение:

1) осмотра невооруженным глазом при обычном и косопадающем освещении;

2) осмотра в ультрафиолетовых лучах;

3) осмотра с помощью лупы;

4) пробы с перекисью водорода.

18. Извлечение трупа из места его захоронения (эксгумация) должно производиться в присутствии:

1) врача-специалиста в области судебной медицины;

2) следователя;

3) понятых;

4) официального представителя администрации кладбища.

19. Основанием для судебно-медицинской экспертизы трупа является:

1) постановление органов следствия;

2) направление лечебного учреждения;

3) постановление органов дознания;

4) предложение учреждения медицинского страхования.

20. Основанием для судебно-медицинской экспертизы трупа является:

1) определение суда;

2) распоряжение руководителя департамента здравоохранения;

3) постановление органов МВД;

4) сопроводительный лист скорой медицинской помощи.

21. Основанием для судебно-медицинской экспертизы трупа является:

1) определение суда;

2) направление следственных органов;

3) постановление следственных органов;

4) направление лечебного учреждения.

22. Основанием для судебно-медицинского исследования трупа является:

1) направление отделения милиции;

2) постановление следователя;

3) направление лечебного учреждения;

4) направление ВТЭК.

23. Основанием для судебно-медицинского исследования трупа является:

1) определение суда;

2) постановление органов следствия;

3) постановление органов дознания;

4) направление лечебного учреждения.

24. Основанием для судебно-медицинского исследования трупа является:

1) направление лечебного учреждения;

2) распоряжение руководителя департамента здравоохранения;

3) направление органов внутренних дел;

4) ходатайство адвоката.

25. Составными частями «Акта судебно-медицинского исследования трупа» являются:

1) вводная часть;

2) обстоятельства дела;

3) исследовательская часть;

4) выводы.

26. В разделе «Обстоятельства дела» заключения экспертизы трупа должны быть изложены:

1) сведения из постановления о назначении судебно-медицинской экспертизы;

2) сведения из протокола осмотра трупа;

3) данные медицинских документов;

4) результаты лабораторных исследований.

27. Обязательному судебно-медицинскому исследованию подлежат следующие полости трупа взрослого человека:

1) полость черепа;

2) грудная полость;

3) брюшная полость;

4) позвоночный канал.

28. При судебно-медицинской экспертизе трупа исследуют:

1) органы, полости, в которых, по мнению эксперта, следует искать причину смерти;

2) участки тела и органы, сведения о повреждении которых необходимы следственным органам;

3) поврежденные либо болезненно измененные органы;

4) органы грудной и брюшной полости, полость черепа.

29. Проба на воздушную эмболию считается положительной, если из проколотого под водой сердца пузырьки газа:

1) выделяются только из левых его отделов;

2) выделяются из правых и левых его отделов;

3) выделяются только из правых его отделов;

4) не выделяются ни из правых, ни из левых его отделов.

30. Кусочки тканей, направляемых на судебно-гистологическое исследование, должны:

1) быть не толще 1 см;

2) быть не тоньше 1 см;

3) захватывать участок как патологически измененной, так и интактной ткани;

4) захватывать участок измененной ткани.

31. На бактериологическое исследование можно направлять стерильно взятые:

1) кровь;

2) желчный пузырь;

3) кусочки органов;

4) фрагмент тонкой и толстой кишки.

32. Основными морфологическими признаками гипертонической болезни являются:

1) склероз мозговых артерий;

2) гипертрофия левого желудочка сердца;

3) артериолонефросклероз;

4) кардиосклероз.

33. Причиной смерти при заболевании гриппом может быть:

1) интоксикация;

2) острая дыхательная недостаточность;

3) острая надпочечниковая недостаточность;

4) геморрагический менингоэнцефалит.

34. Для лиц, умерших во время астматического статуса, характерно наличие:

1) вязкой прозрачной слизи в просвете бронхов;

2) хронической эмфиземы легких;

3) острой эмфиземы легких;

4) пневмосклероза.

Тест 4.

Инструкция к вопросам 1—7

*За вопросом или незаконченным утверждением, приведенными ниже, следует 4—5 ответов или утверждений. Выберите ОДИН наиболее правильный ответ.*

1. Кожу из области странгуляционной борозды наиболее целесообразно направить на следующее из нижеперечисленных исследований:

A) гистологическое;

B) химическое;

C) биологическое;

D) бактериологическое;

E) вирусологическое.

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

A) удавления руками;

B) удавления петлей;

C) повешения;

D) утопления;

E) переохлаждения.

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

A) крови;

B) легких;

C) почек;

D) печени;

E) костного мозга.

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

A) химическое;

B) биохимическое;

C) электрофоретическое;

D) газохроматографическое;

E) биологическое.

5. Наиболее опасным для жизни является переменный ток частотой:

A) 40-60 Гц;

B) 100-200 Гц;

C) 400-600 Гц;

D) 1000-2000 Гц;

E) 5000-9000 Гц.

6. Для поражения электротоком нехарактерно:

A) повреждение одежды;

B) образование переломов длинных трубчатых костей;

C) формирование дырчатых переломов плоских костей;

D) обугливание костей с образованием «костных жемчужин»;

E) повреждение мышц, связок и сухожилий.

7. Наиболее информативное исследование для установления электрометки:

A) гистологическое;

B) биохимическое;

C) электрофоретическое;

D) газохроматографическое;

E) биологическое.

Тест 5

Инструкция к вопросам 8—42

Для каждого вопроса или незаконченного утверждения правильными являются ОДИН или НЕСКОЛЬКО ответов.

ВЫБЕРИТЕ:

| A, | B, | C, | D, | E, |
|---|---|---|---|---|
| если верно 1,2,3 | если верно 1,3 | если верно 2,4 | если верно 4 | если все верно |

8. Развитие острой гипоксии возможно при:
1) поражении техническим электричеством;
2) воздействии крайних температур;
3) обильной кровопотере;
4) отравлениях.
9. К признакам быстро наступившей смерти относят:
1) цианоз кожного покрова;
2) насыщенную окраску трупных пятен;
3) субконъюнктивальные экхимозы;
4) жидкое состояние крови.
10. Признаки быстро наступившей смерти:
1) бледность кожного покрова;
2) точечные кровоизлияния на фоне трупных пятен;
3) полнокровие органов;
4) острую эмфизему легких.
11. К признакам быстро наступившей смерти относят:
1) пятна Тардье;
2) полосчатые кровоизлияния под эндокардом левого желудочка сердца;
3) малокровие селезенки;
4) пятна Вишневского.
12. В генезе смерти при повешении, помимо прекращения доступа воздуха в легкие, имеет значение:
1) пережатие яремных вен;
2) сдавление сонных артерий;
3) сдавление блуждающего нерва;
4) повреждение продолговатого мозга.
13. В случае повешения врач-специалист в области судебной медицины должен отметить:
1) положение тела;
2) расстояние от подошв до опоры;
3) расстояние от места прикрепления свободного конца петли до ее узла на шее;
4) наличие и расположение подставки относительно ног.
14. При осмотре петли на шее трупа врач-специалист в области судебной медицины должен указать на:
1) плотность охвата шеи петлей;
2) наличие закрутки;
3) расположение туров петли относительно друг друга;
4) наличие под петлей элементов одежды.
15. При снятии петли с шеи трупа судебно-медицинский эксперт должен указать на:
1) локализацию петли на шее;
2) материал, из которого изготовлена петля;

3) локализацию узла петли;

4) характеристику петли (скользящая, открытая и т.д.).

16. При снятии петли с шеи трупа судебно-медицинский эксперт должен отметить:

1) количество витков петли;

2) характер свободных концов петли;

3) характеристику узла (способ вязки);

4) наличие загрязнений и наложений на петле.

17. Странгуляционную борозду следует дифференцировать от:

1) естественных складок кожи;

2) участков кожи, подвергшихся сдавлению частями одежды;

3) проявлений гнилостной трансформации трупа;

4) участков опрелости на коже шеи.

18. Степень выраженности странгуляционной борозды зависит от:

1) материала петли;

2) длительности сдавления шеи;

3) продолжительности постмортального периода;

4) вида странгуляционной асфиксии.

19. При повешении странгуляционная борозда в типичном случае:

1) замкнутая;

2) множественная;

3) горизонтальная;

4) косовосходящая.

20. Для резкого (рывком) затягивания петли при повешении характерны:

1) надрывы интимы сонных артерий;

2) кровоизлияния в кивательных мышцах у мест их прикрепления к грудине и ключицам;

3) кровоизлияния в межпозвонковых дисках;

4) надрывы связок шейного отдела позвоночника.

21. Переломы подъязычной кости при удавлении руками располагаются, как правило, в области:

1) дистальных отделов больших рогов;

2) основания малых рогов;

3) тела кости;

4) основания больших рогов.

22. Образование пятен Тардье обусловлено:

1) резкими колебаниями артериального давления;

2) повышением проницаемости сосудистой стенки;

3) понижением давления в плевральных полостях;

4) жидким состоянием крови.

23. Гистологическое исследование кожи из области странгуляционной борозды позволяет установить:

1) факт сдавления кожи;

2) причину смерти;

3) прижизненность формирования странгуляционной борозды;

4) характеристику петли.

24. Признаками прижизненного сдавления шеи являются:

1) анизокория;

2) жировая эмболия легких;

3) заброс эритроцитов в регионарные лимфоузлы;

4) наличие кровоизлияний в местах прикрепления кивательных мышц к грудине и ключице.

25. Признаками прижизненного сдавления шеи могут быть:

1) наличие кровоизлияний в ретробульбарной клетчатке;

2) повышенное содержание гистаминоподобных веществ в коже из области странгуляционной борозды;

3) более высокое содержание глюкозы в крови из сосудов туловища по сравнению с кровью из сосудов головы;

4) более низкое содержание молочной кислоты в крови из сосудов туловища по сравнению с кровью из сосудов головы.

26. Признаки компрессионной асфиксии:

1) «экхимотическая маска»;

2) очаговые кровоизлияния в области корня языка;

3) карминово-красный отек легких;

4) жидкое состояние крови в трупе.

27. На форсированную компрессию груди и живота указывает:

1) малокровие селезенки;

2) застойное полнокровие органов;

3) карминово-красный отек легких;

4) буллезная эмфизема легких.

28. Диагностическая триада признаков утопления (Свешникова — Исаева) включает в себя:

1) наличие жидкости в пазухе клиновидной кости;

2) воздушную эмболию правых отделов сердца;

3) эмфизему легких с расплывчатыми бледно-красными субплевральными кровоизлияниями;

4) гемодилюцию.

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

1) печень;

2) почку;

3) костный мозг;

4) легкое.

30. При смерти от общего переохлаждения характерно формирование пятен:

1) Тардье;

2) Ларше;

3) Рассказова — Лукомского;

4) Вишневского.

31. Образование пятен Вишневского обусловлено:

1) острым нарушением трофики стенки желудка;

2) резкими колебаниями артериального давления;

3) повышением проницаемости сосудистой стенки;

4) жидким состоянием крови.

32. На прижизненное пребывание потерпевшего в очаге пожара указывают:

1) наличие копоти в трахее и бронхах;

2) термический ожог верхних дыхательных путей;

3) наличие копоти в пазухе клиновидной кости черепа;

4) наличие незакопченных участков кожи при растягивании морщин в области наружных углов глаз.

33. Признаком прижизненного действия пламени является:

1) копоть в пазухе клиновидной кости;

2) поза «боксера»;

3) концентрация карбоксигемоглобина в крови более 30 %;

4) серо-коричневый цвет трупных пятен.

34. На прижизненное образование ожогов указывает:

1) наличие артериальных тромбов в сосудах поврежденных областей;

2) краевое расположение и миграция лейкоцитов;

3) наличие фибрина в жидкости ожоговых пузырей;

4) высокое содержание общего белка в жидкости ожоговых пузырей.

35. Виды воздействия технического электричества на организм человека:

1) электрохимическое;

2) термическое;

3) механическое;

4) рефлекторное.

36. Поражающее действие электрического тока на организм усиливается при:

1) кровопотере;

2) перегревании;

3) нахождении в состоянии наркоза;

4) снижении общей сопротивляемости организма.

37. При осмотре места происшествия на токопроводящих предметах можно обнаружить:

1) кровь и волосы;

2) частицы материала одежды;

3) частицы эпидермиса;

4) частицы подкожной жировой и мышечной тканей.

38. В типичном случае электрометка имеет следующие характеристики:

1) влажную поверхность;

2) валикообразно возвышающиеся края;

3) отслоение эпидермиса с образованием заполненного серозной жидкостью пузыря;

4) серовато-белую или серовато-желтоватую окраску.

39. Гистологическими признаками электрометки являются:

1) наличие пустот в роговом и блестящем слое эпидермиса;

2) отделение рогового и блестящего слоев эпидермиса от зернистого;

3) перпендикулярная поверхности кожи ориентация ядер клеток;

4) резкое полнокровие и тромбоз сосудов по периферии электрометки.

40. Для декомпрессионной (кессонной) болезни характерно образование газовых пузырьков в:

1) крови;

2) синовиальной жидкости;

3) цереброспинальной жидкости;

4) жировой ткани.

41. Для лучевых ожогов характерно:

1) позднее проявление;

2) наличие геморрагического компонента;

3) длительное нагноение;

4) нечеткая отграниченность от неповрежденных тканей.

42. Признаками смерти от острой лучевой болезни являются:

1) кахексия;

2) распространенные внутрикожные геморрагии;

3) атрофия волосяных луковиц;

4) некротический гингивит.

Тест 6.

Инструкция к вопросам 1—16

*За вопросом или незаконченным утверждением, приведенными ниже, следует 4—5 ответов или утверждений. Выберите ОДИН наиболее правильный ответ.*

1. Из перечисленных ядов выраженным местным некротизирующим и гемолитическим действием обладает:

A) азотная кислота;

B) карболовая кислота;

C) уксусная кислота;

D) нашатырный спирт;

E) сулема.

2. Метгемоглобинемия является ведущим симптомом отравления:

A) цианистым калием;

B) этиленгликолем;

C) оксидом мышьяка;

D) бертолетовой солью;

E) никотином.

3. При отравлении барбитуратами смерть наступает от:

A) паралича сосудистого центра продолговатого мозга;

B) паралича дыхательного центра продолговатого мозга;

C) острой почечной недостаточности;

D) острой печеночной недостаточности.

4. Для какой степени алкогольного опьянения характерны повышенная утомляемость, эмоциональная неустойчивость, нарушения координации мелких движений:

A) легкой;

B) средней;

C)сильной;

D) тяжелой.

5. Для какой степени алкогольного опьянения характерны значительная эмоциональная неустойчивость, шаткая походка, неясная речь, нарушения психики и ориентировки, сонливость:

A) легкой;

B) средней;

C) сильной;

D) тяжелой.

6. Для какой степени алкогольного опьянения характерны снижение болевой чувствительности вплоть до ее потери, ступорозное состояние:

A) легкой;

B) средней;

C)сильной;

D)тяжелой.

7. Легкой степени алкогольного опьянения обычно соответствует концентрация этанола в крови:

A) не более 0,5 ‰;

B) от 0,5 до 1,5‰;

C) от 1,5 до 2,5 ‰;

D) от 2,5 до 3,0 ‰;

E) свыше 3,0 ‰;

8. Средней степени алкогольного опьянения обычно соответствует концентрация этанола в крови:

A) не более 0,5 %о;

B) от 0,5 до 1,5%о;

C) от 1,5 до 2,5 %о;

D) от 2,5 до 3,0 ‰;

E) свыше 3,0 %о.

9. Сильной степени алкогольного опьянения обычно соответствует концентрация этанола в крови:

A) не более 0,5 ‰;

B) от 0,5 до 1,59 ‰;

C) от 1,5 до 2,5 ‰;

D) от 2,5 до 3,0 ‰;

E) свыше 3,0 ‰.

10. Тяжелой алкогольной интоксикации обычно соответствует концентрация этанола в крови:

A) не более 0,5 %о;

B) от 0,5 до 1,5‰;
C) от 1,5 до 2,5 ‰;
D) от 2,5 до 3,0 ‰;
E) свыше 3,0 ‰.

11. Для установления кратности, давности и количества выпитых спиртных напитков необходимо и достаточно направить на судебно-химическое исследование:

A) кровь и мочу;
B) кровь и цереброспинальную жидкость;
C) кровь и желудочное содержимое;
D) мочу и желудочное содержимое;
E) кровь, мочу, желудочное содержимое и цереброспинальную жидкость.

12. Из перечисленных симптомов нехарактерны для ботулизма:

A) тахикардия;
B) гипертермия;
C) диплопия;
D) горизонтальный нистагм;
E) афония.

13. Применение эмиссионного спектрального анализа наиболее целесообразно при подозрении на отравление:

A) кислотами;
B) щелочами;
C) гемолитическими ядами;
D) алкалоидами;
E) грибами.

14. Применение судебно-биологического исследования наиболее целесообразно при подозрении на отравление:

A) едкими ядами;
B) солями тяжелых металлов;
C) соединениями мышьяка;
D) снотворными;
E) алкалоидами.

15. Применение судебно-биохимического исследования наиболее целесообразно при подозрении на отравление:

A) соединениями ртути;
B) соединениями мышьяка;
C) хлорорганическими соединениями;
D) фосфорорганическими соединениями;
E) медьсодержащими ядохимикатами.

16. В исключительных случаях для консервации объектов, направляемых на судебно-химическое исследование, используют:

A) формалин;
B) ацетон;
C) глицерин;

D) этанол;
E) метанол.

Тест 6.

Инструкция к вопросам 1—16

*За вопросом или незаконченным утверждением, приведенными ниже, следует 4—5 ответов или утверждений. Выберите ОДИН наиболее правильный ответ.*

1. Наиболее быстро заживают повреждения кожи на:
A) голове;
B) руке;
C) груди;
D) животе;
E) ноге.

2. В первые часы окраска кровоподтека:
A) сине-багровая;
B) багрово-красная;
C) красная с коричневатым оттенком;
D) коричневато-желтоватая;
E) буровато-зеленоватая.

3. В первые часы после образования цвет кровоподтека определяется:
A) оксигемоглобином;
B) восстановленным гемоглобином;
C) метгемоглобином;
D) вердогемохромогеном;
E) биливердином.

4. Для установления на коже следов металла необходимо провести:
A) исследование в ультрафиолетовых лучах;
B) исследование в инфракрасных лучах;
C) контактно-диффузионное исследование;
D) трасологическое исследование;
E) фотографическое исследование.

5. Формирование ссадины на фоне кровоподтека возможно, если угол воздействия травмирующего предмета составляет:
A) 90';
B) 70-90°;
C) 30-70°;
D) 10-30°;
E) менее 10°.

6. Для установления прижизненного (посмертного) образования ран поврежденные ткани необходимо направить в лабораторию:
A) химическую;
B) физико-техническую;
C) спектральную;

D) гистологическую;
E) биологическую.
7. Соединительнотканные перемычки между краями характерны для:
A) резаных ран;
B) рубленых ран;
C) рвано-ушибленных ран;
D) колотых ран;
E) огнестрельных ран.
8. Дополнительный разрез встречается в случаях:
A) рубленых ран;
B) колотых ран;
C) колото-резаных ран;
D) резаных ран;
E) рвано-ушибленных ран.
9. Дифференциально-диагностическим признаком при разграничении основных и дополнительных разрезов в случае колото-резаного повреждения кожи является:
A) преобладание длины основного разреза;
B) вывернутые края дополнительного разреза;
C) преобладание длины дополнительного разреза;
D) наличие у дополнительного разреза одного конца;
E) наличие у дополнительного разреза двух концов.
10. Максимальная ширина погруженной в тело части клинка колюще-режущего орудия:
A) не соотносится с длиной раны;
B) равна длине раны;
C) не менее длины раны;
D) не более длины раны.
11. При расположении колото-резаной раны в области груди и отсутствии следов воздействия ограничителя длина клинка:
A) не соотносится с глубиной раны;
B) равна глубине раны;
C) меньше или равна глубине раны;
D) больше или равна глубине раны.
12. При расположении колото-резаной раны в области передней брюшной стенки и наличии у одного из концов раны следа воздействия ограничителя длина клинка:
A) не соотносится с глубиной раны;
B) равна глубине раны;
C) меньше или равна глубине раны;
D) больше или равна глубине раны.
13. К рубленым следует отнести раны, причиненные:
A) обухом топора;
B) острием сабли;
C) рукояткой палаша;

D) лезвием лопаты;
E) ребром тупого твердого предмета.
14. Переломы нижней челюсти формируются в основном за счет:
A) сжатия;
B) растяжения;
C) сдвига;
D) изгиба;
E) кручения.
15. Продольно ориентированные трещины тел позвонков формируются за счет:
A) сжатия;
B) растяжения;
C) изгиба;
D) кручения;
E) сдвига.
16. Кровоизлияния под эндокардом (пятна Минакова) служат диагностическим признаком:
A) обильной кровопотери;
B) острой кровопотери;
C) жировой эмболии;
D) шока;
E) воздушной эмболии.

Инструкция к вопросам 17—54

*Для каждого вопроса или незаконченного утверждения правильными являются ОДИН или НЕСКОЛЬКО ответов.*

ВЫБЕРИТЕ:

| A, | B, | C, | D, | E, |
|---|---|---|---|---|
| если верно 1,2,3 | если верно 1,3 | если верно 2,4 | если верно 4 | если все верно |

17. Кожный лоскут с повреждением следует сохранять для последующего физико-технического исследования:
1) фиксированным в формалине;
2) фиксированным в спирте;
3) фиксированным в ацетоне;
4) в высушенном виде.
18. Хрящ с повреждением следует сохранять для последующего микротрасологического исследования в:
1) растворе формалина;
2) этаноле;
3) высушенном виде;

4) глицерине.

19. Форма и размеры кровоподтека определяются:

1) местом приложения травмирующего воздействия;

2) углом соударения травмирующего предмета с кожей;

3) формой и размерами контактной поверхности травмирующего предмета;

4) характером травмирующего предмета.

20. Натечники (кровоподтеки, не соответствующие месту приложения травмирующего воздействия), как правило, локализуются:

1) в области век (симптом очков);

2) в паховых областях;

3) в подколенных ямках;

4) на передней поверхности бедер и голеней.

21. Кровоподтек следует дифференцировать от:

1) трупного пятна;

2) симуляции кровоподтека;

3) гемангиомы;

4) эритемы.

22. По кровоподтеку можно установить:

1) угол соударения предмета с телом;

2) контур повреждающей поверхности предмета;

3) давность образования повреждения;

4) энергию воздействия травмирующего предмета.

23. Сроки заживления ссадин определяются:

1) локализацией повреждения;

2) обширностью повреждения;

3) возрастом потерпевшего;

4) полом потерпевшего.

24. По ссадине можно установить:

1) место воздействия травмирующего предмета;

2) направление воздействия травмирующего предмета;

3) давность причинения повреждения;

4) форму контактной поверхности травмирующего предмета.

25. По ссадине можно установить:

1) направление травматического воздействия;

2) материал, из которого изготовлен травмирующий предмет;

3) давность образования;

4) контур повреждающего предмета.

26. Ссадину следует дифференцировать от:

1) электрометок;

2) ожогов;

3) пергаментных пятен;

4) отморожений.

27. Диагностическими признаками ушибленной раны служат:

1) осадненные края;

2) вывернутые волосяные луковицы;
3) острые концы раны;
4) соединительнотканные перемычки между краями раны.
28. По ушибленной ране можно установить:
1) направление воздействия травмирующего предмета;
2) характер травмирующего предмета (форма, размеры);
3) приблизительный угол соударения травмирующего предмета с телом;
4) энергию воздействия травмирующего предмета на тело.
29. Направление воздействия травмирующего тупого твердого предмета по ране на голове можно установить, используя следующие характеристики повреждения:
1) наличие осаднения лишь одного края раны;
2) скошенность одного из краев раны;
3) отслоение одного из краев раны от костей свода черепа;
4) наличие соединительнотканных перемычек в области концов раны.
30. Резаная рана характеризуется:
1)зиянием;
2) наличием хотя бы одного острого конца;
3) наличием обоих острых концов;
4) большой глубиной.
31. Резаная рана может быть:
1) линейной;
2) дугообразной;
3) щелевидной;
4) веретенообразной.
32. Резаная рана, как правило, имеет максимальную глубину:
1) на всем протяжении;
2) в средней части;
3) в концевой части;
4) в начальной части.
33. Колотая рана характеризуется:
1) малой площадью;
2) наличием осаднения краев;
3) большой глубиной;
4) дефектом ткани.
34. Наличие надрезов (надрывов) в области одного из концов колото-резаной раны позволяет решить вопрос о:
1) толщине обушка;
2) заточке граней обушка;
3) форме обушка;
4) наличии скоса обушка.
35. Дифференциальную диагностику резаной и колото-резаной ран основывают на:
1) характере концов ран;

2) характере повреждения подлежащих тканей;
3) соотношении длины и глубины раны;
4) локализации повреждения.
36. По колото-резаной ране можно установить:
1) ширину клинка;
2) количество лезвий у клинка;
3) толщину обушка клинка;
4) длину клинка.
37. Глубину колото-резаных ран следует определять путем:
1) послойного вскрытия;
2) зондирования пальцем;
3) заливки в рану пластических масс;
4) исследования зондом.
38. Рубленые раны причиняют предметы, характеризующиеся:
1) значительной массой;
2) относительно острым лезвием (ребром);
3) клиновидным поперечным сечением;
4) высоким значением энергии удара.
39. Анализ поверхности разруба кости или хряща позволяет:
1) установить лишь факт причинения повреждения рубящим орудием;
2) установить только групповые свойства травмирующего предмета;
3) установить только видовые свойства травмирующего предмета;
4) идентифицировать травмирующий предмет.
40. Особенностью переломов костей в детском возрасте является:
1) поднадкостничный характер переломов;
2) перелом (надлом) кости только в зоне сжатия;
3) перелом кости в зоне роста;
4) перелом (надлом) кости только в зоне растяжения.
41. К морфологическим признакам перелома в зоне сжатия в детском возрасте относят:
1) отщепление костной ткани;
2) валикообразное вспучивание компактной пластинки;
3) смятие губчатого вещества;
4) выкрашивание костной ткани.
42. Ошибки в рентгенологической диагностике переломов костей у детей могут быть обусловлены:
1) формированием неполных переломов (надломов);
2) локализацией в области синхондрозов (эпи-, апофизиолизы);
3) поднадкостничной локализацией;
4) преобладанием повреждения губчатого слоя над компактным веществом.
43. По линейному перелому костей черепа можно установить:
1) место приложения травмирующего предмета;
2) форму и размеры травмирующего предмета;
3) направление воздействия травмирующего предмета;

4) энергию, с которой воздействовал травмирующий предмет.

44. Многооскольчатый («паутинообразный») перелом костей черепа формируют:

1) предметы с ограниченной травмирующей поверхностью, воздействующие под прямым углом;

2) предметы с ограниченной травмирующей поверхностью, воздействующие под острым углом;

3) предметы сферической формы;

4) предметы с преобладающей травмирующей поверхностью.

45. «Террасовидный» перелом формируют:

1) предметы с преобладающей травмирующей поверхностью, воздействующие под прямым углом;

2) предметы с ограниченной травмирующей поверхностью, воздействующие под прямым углом;

3) предметы сферической формы;

4) предметы с ограниченной травмирующей поверхностью, воздействующие под острым углом.

46. Дырчатый перелом костей черепа формируют:

1) предметы с преобладающей травмирующей поверхностью, воздействующие под острым углом;

2) предметы с преобладающей травмирующей поверхностью, воздействующие под прямым углом;

3) предметы с ограниченной травмирующей поверхностью, воздействующие под острым углом;

4) предметы с ограниченной травмирующей поверхностью, воздействующие под прямым углом.

47. Переломы позвоночника обычно формируются за счет:

1) удара;

2) изгиба;

3) компрессии;

4) кручения.

48. Конструкционные переломы шейных позвонков, сопровождающиеся уменьшением высоты тел позвонков по задней их поверхности, образуются при:

1) кручении шейного отдела позвоночника;

2) резких наклонах головы вбок;

3) резком сгибании шейного отдела позвоночника;

4) резком разгибании шейного отдела позвоночника.

49. Компрессия грудной клетки в переднезаднем направлении приводит к формированию симметричных переломов ребер по следующим анатомическим линиям:

1) окологрудинным;

2) паравертебральным;

3) лопаточным;

4) подмышечным.

50. Для локальных переломов ребер характерны:
1) ровные края излома на внутренней костной пластинке;
2) разрыв пристеночной плевры в области перелома;
3) повреждение легкого отломками ребер;
4) ровные края излома на наружной костной пластинке.
51. Для конструкционных переломов ребер характерны:
1) ровные края излома на внутренней костной пластинке;
2) разрыв пристеночной плевры в области перелома;
3) кровоподтек на коже в области перелома;
4) ровные края излома на наружной костной пластинке.
52. Условием образования винтообразных переломов костей нижних конечностей служит:
1) фиксированное состояние стопы (по отношению к туловищу);
2) вертикальное положение тела;
3) действие травмирующего предмета тангенциально (под углом);
4) высокая энергия воздействия травмирующего предмета.
53. Наступление смерти при механических повреждениях может быть обусловлено:
1) кровопотерей;
2) аспирацией крови;
3) воздушной или жировой эмболией;
4) тромбоэмболией.
54. Диагностическим признаком смерти от острой кровопотери служит:
1) малокровие внутренних органов;
2) гемоперитонеум;
3) пятна Тардье под висцеральной плеврой;
4) кровоизлияния под эндокардом (пятна Минакова).

Тест 7

Инструкция к вопросам 1—6

*За вопросом или незаконченным утверждением, приведенными ниже, следует 4—5 ответов или утверждений. Выберите ОДИН наиболее правильный ответ.*

1. Наиболее характерным признаком падения со значительной высоты являются:
A) разрывы внутренних органов;
B) компрессионные переломы тел позвонков;
C) переломы костей голеней;
D) переломы бедренных костей;
E) кровоизлияния в брыжейку внутренних органов.
2. Наиболее характерным признаком падения со значительной высоты являются:
A) компрессионные переломы шейного отдела позвоночника;
B) оскольчатые переломы костей голени;

C) преобладание внутренних повреждений над наружными;
D) разрывы внутренних органов;
E) «паутинообразные» переломы костей свода черепа.

3. Диагностическим признаком переезда через тело колеса автомобильного транспортного средства является:
A) переломы костей нижних конечностей;
B) отпечаток протектора колеса на коже;
C) полосовидные ссадины на коже;
D) односторонние переломы костей таза;
E) «хлыстообразные» переломы шейного отдела позвоночника.

4. По полосе осаднения, образованной колесом рельсового транспортного средства, можно установить:
A) конкретное транспортное средство;
B) направление движения транспортного средства;
C) скорость движения транспортного средства;
D) энергию травмирующего воздействия;
E) причину смерти.

5. Фрагментирование тела наиболее характерно при:
A) падении со значительной высоты;
B) переезде через тело колеса автомобиля;
C) переезде через тело колеса рельсового транспортного средства;
D) сдавлении тела между двумя массивными предметами;
E) выпадении из кузова грузового автомобиля.

6. Наличие загрязнения одежды и кожи смазочными материалами устанавливают, исследуя объект:
A) в инфракрасных лучах;
B) в ультрафиолетовых лучах;
C) в рентгеновских лучах;
D) контактно-диффузионным методом;
E) в проходящем свете.

Тест 8

Инструкция к вопросам 7—42

*Для каждого вопроса или незаконченного утверждения правильными являются ОДИН или НЕСКОЛЬКО ответов.*

ВЫБЕРИТЕ:

| A, | B, | C, | D, | E, |
|---|---|---|---|---|
| если верно 1,2,3 | если верно 1,3 | если верно 2,4 | если верно 4 | если все верно |

7. Характер повреждений при падении из положения стоя зависит от:
1) добавочного ускорения;

2) роста пострадавшего;

3) особенностей покрытия на месте падения;

4) массы пострадавшего.

8. При падении навзничь из положения стоя на плоскую поверхность характерно:

1) наличие кровоподтеков и ссадин в верхней части спины;

2) наличие кровоизлияний и надрывов в связках шейного отдела позвоночника;

3) наличие повреждений остистых отростков шейных позвонков;

4) превалирование повреждений костей черепа в области противоудара.

9. При ударе тупым твердым предметом с преобладающей травмирующей поверхностью в область затылка характерно:

1) превалирование повреждений костей черепа в области противоудара;

2) наличие сколов эмали передних зубов;

3) превалирование субарахноидальных кровоизлияний в области противоудара;

4) превалирование субарахноидальных кровоизлияний в области приложения травмирующего воздействия.

10. При падении со значительной высоты при осмотре трупа на месте происшествия врач-специалист в области судебной медицины должен:

1) осмотреть одежду и обувь;

2) зафиксировать посмертные изменения;

3) отметить имеющиеся на теле повреждения;

4) указать расстояние от трупа до основания здания, откуда произошло падение.

11. Объем повреждений при падении с высоты более 10 м определяется:

1) массой тела пострадавшего;

2) позой пострадавшего в момент соударения;

3) приданным ранее ускорением;

4) областью первичного соударения.

12. К признакам общего сотрясения тела относят:

1) кровоизлияния в связочный аппарат внутренних органов;

2) разрывы внутренних органов;

3) отрывы внутренних органов;

4) перемещение внутренних органов в другие полости тела.

13. Для случаев падения со значительной высоты с приземлением на выпрямленные ноги характерно наличие:

1) оскольчатых переломов пяточных и таранных костей;

2) переломов в области шейки бедренных костей;

3) кровоизлияний в связочный аппарат внутренних органов;

4) компрессионных переломов тел позвонков.

14. К автомобильной травме относят повреждения, полученные при:

1) столкновении автомобиля с пешеходом;

2) выпадении человека из кузова стоящего автомобиля;

3) сдавлении тела между транспортными средствами;

4) падении на стоящий автомобиль.

15. Повреждения при автомобильной травме образуются в результате:

1) удара частями автомобиля;

2) сдавления тела между колесом и дорожным покрытием;

3) удара тела о грунт;

4) трения — скольжения тела по дорожному покрытию.

16. При столкновении легкового автомобиля с пешеходом повреждения у последнего формируются вследствие:

1) удара частями автомобиля;

2) удара о дорожное покрытие;

3) общего сотрясения тела;

4) трения — скольжения о дорожное покрытие.

17. При столкновении грузового автомобиля с пешеходом повреждения у последнего формируются за счет:

1) удара частями автомобиля;

2) забрасывания тела на капот автомобиля;

3) общего сотрясения тела;

4) соскальзывания тела с капота и удара о дорожное покрытие.

18. Осматривая труп на месте ДТП, врач-специалист в области судебной медицины должен зафиксировать:

1) положение трупа по отношению к окружающим предметам;

2) взаиморасположение транспортных средств;

3) места обнаружения вещественных доказательств;

4) место предполагаемого столкновения транспортного средства с пешеходом.

19. При ДТП на одежде потерпевшего могут быть обнаружены:

1) частицы лакокрасочного покрытия транспортного средства;

2) отпечатки протектора колеса транспортного средства;

3) следы-отпечатки фар, радиатора, других выступающих частей транспортного средства;

4) участки пропитывания горюче-смазочными материалами.

20. «Хлыстообразные» переломы шейного отдела позвоночника в условиях ДТП образуются в результате его:

1) чрезмерного сгибания;

2) кручения;

3) чрезмерного разгибания;

4) осевой компрессии.

21. Возможность переезда через препятствие колеса транспортного средства определяется:

1) скоростью движения транспортного средства;

2) радиусом колеса;

3) высотой препятствия;

4) массой транспортного средства.

22. При перекатывании через тело колеса автомобиля на коже может образоваться:

1) «первичный щипок»;

2) лоскутообразная рана;

3) «позитивный» отпечаток рисунка протектора колеса;

4) «негативный» отпечаток рисунка протектора колеса.

23. Отпечаток рисунка протектора колеса транспортного средства на одежде может образоваться в результате:

1) перекатывания через тело колеса транспортного средства;

2) удара запасным колесом;

3) соприкосновения одежды со следом протектора на дорожном покрытии;

4) удара оторвавшимся колесом транспортного средства.

24. При перекатывании через тело колеса транспортного средства повреждения у потерпевшего формируются за счет:

1) удара колесом по телу;

2) сдавления тела между колесом и дорожным покрытием;

3) трения — скольжения тела по дорожному покрытию;

4) общего сотрясения тела.

25. При перекатывании колеса транспортного средства через грудную клетку характерно формирование:

1) разрывов кожи в подключичных областях;

2) буллезной эмфиземы легких;

3) повреждений остистых отростков позвонков;

4) морфологических признаков общего сотрясения тела.

26. При перекатывании колеса транспортного средства через область живота характерно формирование разрывов:

1) органов брюшной полости;

2) брыжейки;

3) диафрагмы;

4) кожи в паховых областях.

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

1) повреждению кожи;

2) повреждениям на одежде;

3) переломам остистых отростков позвонков;

4) переломам ребер.

28. При нахождении потерпевшего в момент ДТП внутри салона автомобиля формирование у него повреждений может быть обусловлено:

1) ударом о части салона;

2) ударом о находящиеся в салоне предметы;

3) сдавлением тела между сместившимися частями салона;

4) воздействием на тело ремней безопасности.

29. При лобовом столкновении машин для водителя транспортного средства характерным является формирование:

1) поперечного перелома грудины;
2) дугообразных ссадин и кровоподтеков на груди;
3) переломов надколенника правой ноги;
4) ушибленных ран правой половины лица.

30. При лобовом столкновении машин для пассажира переднего сиденья характерным является формирование:
1) резаных ран на лице;
2) ушибленных ран левой половины лица;
3) «хлыстообразных» переломов шейного отдела позвоночника;
4) контактных повреждений костей стоп.

31. Повреждения сердца и дуги аорты в случае ДТП чаще всего формируются у:
1) пассажира правого заднего сиденья;
2) пассажира левого заднего сиденья;
3) пассажира переднего сидения;
4) водителя транспортного средства.

32. Одежду пострадавшего в ДТП целесообразно направить на следующее исследование:
1) судебно-химическое;
2) физико-техническое;
3) спектрофотометрическое;
4) судебно-биологическое.

33. К железнодорожной травме относят повреждения, возникшие в результате:
1) удара частями движущегося состава;
2) переезда через тело колес подвижного состава;
3) сдавления тела между элементами сцепления вагонов;
4) падения внутри вагона при резком торможении состава.

34. При перекатывании через тело колеса рельсового транспортного средства повреждения причиняют:
1) бандаж колеса;
2) реборда;
3) боковые поверхности колесного диска;
4) головка рельса.

35. Полосу давления формируют:
1) головка рельса;
2) реборда;
3) бандаж колеса;
4) боковые поверхности колесного диска.

36. Полосу осаднения (обтирания) формируют:
1) головка рельса;
2) реборда;
3) бандаж колеса;
4) боковые поверхности колесного диска.

37. Фрагментирование тела при рельсовой травме происходит:

1) в зоне воздействия бандажа колеса;
2) в зоне воздействия реборды колеса;
3) по наружному краю головки рельса;
4) по внутреннему краю головки рельса.

38. О направлении переезда тела рельсовым транспортом судят по:
1) направлению мелких лоскутков эпидермиса полосы осаднения;
2) контуру края разделения кожи;
3) характеру складок (замятий) одежды;
4) характеру переломов ребер.

39. О положении тела (на спине/животе) в момент переезда рельсовым транспортом судят по:
1) ширине полосы давления на передней и задней поверхностях тела;
2) характеру краев разделения кожи на передней и задней поверхностях тела;
3) локализации соединяющего фрагменты тела кожного лоскута;
4) локализации области «первичного щипка».

40. Основными задачами медико-криминалистической экспертизы при расследовании авиакатастроф являются:
1) установление механогенеза повреждений у членов экипажа;
2) идентификация личности членов экипажа;
3) установление местоположения и позы членов экипажа на момент катастрофы;
4) установление причины катастрофы воздушного судна.

41. Характер и локализация повреждений, обнаруживаемых при исследовании трупов экипажа воздушного судна (ВС), позволяет судить о:
1) местоположении членов экипажа в кабине ВС;
2) позе членов экипажа ВС;
3) характере действий членов экипажа ВС в момент катастрофы;
4) скорости ВС в момент катастрофы.

42. Для взрывной декомпрессии характерны:
1) разрывы барабанных перепонок;
2) повреждения слуховых косточек;
3) воздушная эмболия;
4) «экхимотическая маска».

Тест 9

Инструкция к вопросам 1—8

*За вопросом или незаконченным утверждением, приведенными ниже, следует 4—5 ответов или утверждений. Выберите ОДИН наиболее правильный ответ.*

1. Огнестрельным считают повреждение, причиненное:
A) прикладом винтовки;
B) шомполом;
C) газами выстрела;
D) штыком винтовки;

E) рукояткой пистолета.

2. Калибр нарезного оружия в России определяется по:

A) диаметру пули;

B) расстоянию между противоположными полями нарезов ствола оружия;

C) расстоянию между противоположными нарезами ствола оружия;

D) диаметру гильзы;

E) количеству патронов в магазине оружия.

3. При исследовании повреждения, похожего на огнестрельное, вначале следует установить:

A) направление выстрела;

B) дистанцию выстрела;

C) является ли повреждение огнестрельным;

D) последовательность выстрелов;

E) вид оружия.

4. На клиновидное действие огнестрельного снаряда указывает:

A) наличие пояска осаднения;

B) наличие дополнительных разрывов кожи;

C) ввернутость краев раны;

D) отсутствие дефекта ткани;

E) наличие пояска обтирания.

5. Основным поражающим фактором при «холостом» выстреле является:

A) механическое действие копоти и несгоревших порошинок;

B) механическое действие частиц металла;

C) механическое действие пороховых газов;

D) термическое действие пороховых газов;

E) химическое действие пороховых газов.

6. Дополнительные факторы выстрела обнаруживаются только по ходу раневого канала при выстреле с:

A) полным герметичным упором;

B) неполным упором;

C) боковым упором;

D) близкого расстояния;

E) неблизкого расстояния.

7. При выстреле вне пределов действия дополнительных факторов иногда все же может наблюдаться отложение копоти на преграде (феномен Виноградова), диагностическим признаком которого является:

A) отложение копоти только на лицевой поверхности первого слоя одежды;

B) обязательное сочетание отложения копоти на одежде с ее разрывами;

C) слабая интенсивность отложения копоти;

D) незначительный радиус отложения копоти (не более 2см);

E) отложение копоти в виде лучистого венца.

8. Идентификацию огнестрельного оружия осуществляют в основном на основании изучения:

A) следов-трасс на пуле;

B) ширины пояска осаднения;

C) размеров дефекта ткани;

D) характера повреждения кости;

E) характера повреждения мягких тканей.

Тест 10

Инструкция к вопросам 9—34

*Для каждого вопроса или незаконченного утверждения правильными являются ОДИН или НЕСКОЛЬКО ответов.*

ВЫБЕРИТЕ:

| A, | B, | C, | D, | E, |
|---|---|---|---|---|
| если верно 1,2,3 | если верно 1,3 | если верно 2,4 | если верно 4 | если все верно |

9. Огнестрельным считают повреждение, причиненное:

1) выстрелом из боевого оружия;

2) взрывом пороха;

3) выстрелом из охотничьего оружия;

4) взрывом горюче-смазочных веществ.

10. Составными частями боевого патрона являются:

1) гильза с капсюлем;

2) пороховой заряд;

3) пуля;

4) пыж.

11. Составными частями дробового патрона являются:

1) гильза с капсюлем;

2) пороховой заряд;

3) пыжи;

4) пуля.

12. Под калибром оружия понимают:

1) расстояние между противоположными нарезами ствола;

2) расстояние между противоположными полями нарезов ствола;

3) диаметр канала ствола оружия;

4) диаметр патронника.

13. В нарезном оружии под действием газов пуля приобретает движение:

1) поступательное;

2) равномерно ускоренное;

3) вращательное;

4) кувыркательное.

14. Входную огнестрельную рану могут формировать:

1) пуля;

2) пороховые газы;

3) предпулевой воздух;

4) пыж.

15. К основным признакам входной огнестрельной пулевой раны относят наличие:

1) дефекта ткани;

2) пояска осаднения;

3) пояска обтирания;

4) зияния краев раны.

16. Пуля, обладающая высокой кинетической энергией, оказывает на преграду воздействие:

1) контузионное;

2) пробивное;

3) клиновидное;

4) разрывное.

17. Пуля на излете оказывает на преграду воздействие:

1) контузионное;

2) пробивное;

3) клиновидное;

4) разрывное.

18. Форма входной огнестрельной пулевой раны может быть:

1) округлой;

2) овальной;

3) щелевидной;

4) звездчатой.

19. Пулю из трупа следует извлекать:

1) корнцангом;

2) анатомическим пинцетом;

3) хирургическим пинцетом;

4) рукой.

20. По пуле, извлеченной из тела пострадавшего, в ряде случаев можно определить:

1) калибр оружия;

2) вид оружия;

3) количество нарезов в стволе оружия;

4) дистанцию выстрела.

21. Выраженность зоны молекулярного сотрясения обусловлена:

1) скоростью пули;

2) характером поврежденных тканей;

3) массой пули;

4) направлением распространения ударной головной волны.

22. Отложение копоти на одежде, вокруг раны и по ходу раневого канала характерно для:

1) выстрела с дальнего расстояния;

2) выстрела с близкого расстояния;

3) выстрела с герметичным упором;

4) выстрела с неполным упором.

23. К диагностическим признакам выстрела в упор относят:

1) дефект ткани «минус-ткань»;

2) наличие крови в канале ствола оружия;

3) наличие поясков осаднения и обтирания по краям раны;

4) лучеобразные разрывы краев входной раны.

24. Для выстрела в упор характерны:

1) отсутствие следов воздействия сопутствующих факторов вокруг раны;

2) лучеобразные разрывы краев входной раны;

3) красноватая окраска тканей по ходу раневого канала;

4) наличие крови в канале ствола оружия.

25. По штанцмарке можно установить:

1) энергию снаряда;

2) дистанцию выстрела;

3) положение пострадавшего в момент причинения повреждения;

4) вид оружия.

26. Дистанцию при выстреле дробью устанавливают по:

1) наличию копоти вокруг входной раны;

2) наличию частиц металла вокруг входной раны;

3) наличию порошинок вокруг раны;

4) размерам дефекта ткани входной раны.

27. Для компактного действия дроби характерно наличие:

1) закопчения кожи;

2) кольца воздушного осаднения;

3) зоны металлизации;

4) одной крупной и ряда мелких ран вокруг.

28. Гистологическое исследование позволяет выявить наличие:

1) копоти;

2) зерен пороха;

3) металлизации;

4) смазки.

29. Металлизацию краев раны можно обнаружить:

1) контактно-диффузионным методом;

2) гистологическим исследованием;

3) эмиссионным спектральным анализом;

4) рентгенологическим исследованием.

30. Копоть и пороховые зерна в области входной раны можно обнаружить:

1) визуально;

2) гистологическим исследованием;
3) фотографированием объекта в инфракрасных лучах;
4) люминесцентным анализом.
31. Ружейная смазка в ультрафиолетовых лучах люминесцирует:
1) голубоватым цветом;
2) зеленоватым цветом;
3) бледно-фиолетовым цветом;
4) желтовато-красноватым цветом.
32. Выходная огнестрельная рана в ряде случаев может иметь:
1) дефект ткани;
2) штанцмарку;
3) поясок осаднения;
4) отложение копоти вокруг раны.
33. Последовательность причинения огнестрельных ранений устанавливают по:
1) размеру кровоизлияний в мягких тканях;
2) характеру повреждений полых органов;
3) соотношению компонентов пояска обтирания;
4) характеру повреждений плоских костей.
34. Наличие прерванного раневого канала позволяет установить:
1) количество выстрелов;
2) дистанцию выстрела;
3) вид оружия;
4) позу пострадавшего в момент ранения.

Тест 11

Инструкция к вопросам 1—6

*За вопросом или незаконченным утверждением, приведенными ниже, следует 4—5 ответов или утверждений. Выберите ОДИН наиболее правильный ответ.*

1. Судебно-медицинская экспертиза тяжести вреда здоровью производится на основании:
A) направления лечебно-профилактического учреждения;
B) предложения ВТЭК;
C) направления органов следствия;
D) постановления правоохранительных органов;
E) направления учреждения медицинского страхования.
2. Квалифицирующим признаком тяжести вреда здоровью, причиненного рвано-ушибленной раной щеки, приведшей к формированию келлоидного рубца, является:
A) опасность вреда здоровью для жизни человека;
B) неизгладимость повреждения;
C) длительность расстройства здоровья;
D) стойкая утрата общей трудоспособности.

3. Квалифицирующим признаком тяжести вреда здоровью, причиненного повреждением глаза, приведшим к потере им зрения, служит:

A) длительность расстройства здоровья;

B) утрата органом его функций;

C) утрата зрения;

D) стойкая утрата общей трудоспособности.

4. Квалифицирующим признаком тяжести вреда здоровью, причиненного повреждением большого пальца правой кисти, приведшим к развитию полной потери им его функций, служит:

A) неизгладимость повреждения;

B) потеря органа либо утрата им его функций;

C) длительность расстройства здоровья;

D) стойкая утрата общей трудоспособности.

5. Квалифицирующим признаком тяжести вреда здоровью, причиненного повреждением нижней конечности, приведшим к развитию ее стойкого паралича, служит:

A) неизгладимость повреждения;

B) потеря органа либо утрата им его функций;

C) длительность расстройства здоровья;

D) утрата специальной трудоспособности.

6. Квалифицирующим признаком тяжести вреда здоровью, причиненного повреждением мошонки, приведшим к потере одного яичка, служит:

A) потеря органа либо утрата им его функций;

B) потеря производительной способности;

C) длительность расстройства здоровья;

D) стойкая утрата общей трудоспособности.

Инструкция к вопросам 7—33

*Для каждого вопроса или незаконченного утверждения правильными являются ОДИН или НЕСКОЛЬКО ответов.*

ВЫБЕРИТЕ:

| A, | B, | C, | D, | E, |
|---|---|---|---|---|
| если верно 1,2,3 | если верно 1,3 | если верно 2,4 | если верно 4 | если все верно |

7. Освидетельствование живых лиц можно производить:

1) в медицинских стационарах;

2) в местах заключения;

3) в амбулаториях и отделениях бюро судебно-медицинской экспертизы;

4) в помещении милиции, прокуратуры, суда.

8. Судебно-медицинскую экспертизу состояния здоровья разрешается проводить в:

1) местах лишения свободы;

2) лечебных учреждениях;

3) помещении правоохранительных органов;

4) судебно-медицинских амбулаториях.

9. Судебно-медицинскую экспертизу живых лиц имеет право производить:

1) лечащий врач;

2) врач-эксперт;

3) фельдшер или акушерка (в соответствующем случае);

4) судебно-медицинский эсперт.

10. При экспертизе тяжести вреда здоровью судебно-медицинский эксперт должен установить:

1) степень утраты общей трудоспособности;

2) степень утраты профессиональной трудоспособности;

3) длительность расстройства здоровья;

4) степень утраты специальной трудоспособности.

11. При экспертизе тяжести вреда здоровью судебно-медицинский эксперт должен установить:

1) механизм образования повреждений;

2) давность образования повреждения;

3) тяжесть вреда здоровью;

4) свойства травмирующего предмета.

12. При экспертизе множественных телесных повреждений судебно-медицинский эксперт должен установить:

1) количество телесных повреждений;

2) давность и механизм образования каждого телесного повреждения;

3) тяжесть вреда здоровью применительно к каждому телесному повреждению;

4) имело ли место истязание или мучение потерпевшего.

13. В случае смерти потерпевшего после причинения ему телесного повреждения судебно-медицинский эксперт должен:

1) определить, является ли повреждение опасным для жизни;

2) установить причину смерти потерпевшего;

3) решить вопрос о наличии прямой причинно-следственной связи между повреждением и смертью потерпевшего;

4) дать оценку правильности и полноте оказанной потерпевшему медицинской помощи.

14. В компетенцию судебно-медицинской экспертной комиссии входит:

1) определение степени стойкой утраты общей трудоспособности;

2) определение степени стойкой утраты профессиональной трудоспособности;

3) решение вопроса о необходимости постороннего ухода;

4) решение вопроса о необходимости дополнительного питания или санаторно-курортного лечения.

15. При установлении тяжести вреда здоровью учитывают:

1) опасность повреждения для жизни человека;

2) исход повреждения;

3) длительность расстройства здоровья;

4) степень стойкой утраты общей трудоспособности.

16. Опасным для жизни повреждением считают:

1) ушиб головного мозга тяжелой степени, сопровождающийся его «давлением;

2) ушиб головного мозга тяжелой степени, не сопровождающийся его (давлением);

3) ушиб головного мозга средней степени при наличии симптомов поражения стволового отдела;

4) ушиб головного мозга средней степени при отсутствии симптомов поражения стволового отдела.

17. Опасным для жизни повреждением считают:

1) переломы костей основания черепа;

2) закрытые переломы костей свода черепа;

3) открытые переломы костей свода черепа;

4) переломы костей лицевого скелета.

18. Опасным для жизни повреждением считают:

1) проникающие ранения живота;

2) открытые ранения органов забрюшинного пространства;

3) проникающие ранения мочевого пузыря;

4) проникающие ранения верхней и средней трети прямой кишки.

19. Переломы костей таза могут быть квалифицированы как тяжкий вред здоровью, если они сопровождаются:

1) шоком тяжелой степени;

2) массивной кровопотерей;

3) разрывом перепончатой части уретры;

4) повреждением нижней трети прямой кишки.

20. Квалифицирующим признаком тяжкого вреда здоровью служит:

1) опасность вреда здоровью для жизни человека;

2) расстройство здоровья, соединенное со стойкой утратой общей трудоспособности не менее чем на 25 %;

3) психическое расстройство;

4) длительное расстройство здоровья.

21. Квалифицирующим признаком вреда здоровью средней тяжести служит:

1) неизгладимое обезображение лица;

2) кратковременное расстройство здоровья;

3) прерывание беременности на малых сроках;

4) стойкая утрата общей трудоспособности от 10 до 33 %.

22. Квалифицирующим признаком легкого вреда здоровью служит:

1) кратковременное расстройство здоровья;
2) заболевание наркоманией или токсикоманией;
3) стойкая утрата общей трудоспособности менее 10 %;
4) незначительная стойкая утрата профессиональной трудоспособности.

23. Под потерей зрения понимают:
1) полную стойкую слепоту на оба глаза;
2) потерю зрения даже на один глаз;
3) снижение остроты зрения лишь до светоощущения на оба глаза;
4) снижение остроты зрения лишь до светоощущения даже на один глаз.

24. Установление факта обезображения лица находится в компетенции:
1) судебно-медицинского эксперта;
2) врача-косметолога;
3) врача-эксперта;
4) суда.

25. Изгладимость повреждений на лице устанавливает:
1) судебно-медицинский эксперт;
2) врач-косметолог;
3) врач-эксперт;
4) врач-хирург.

26. Под потерей конечности понимают:
1) полное отделение конечности от туловища;
2) утрату функции конечности;
3) ампутацию конечности на уровне не ниже локтевого или коленного суставов;
4) ампутацию кисти или стопы.

27. Под членовредительством понимают:
1) умышленное причинение себе повреждений;
2) искусственное вызывание болезненных состояний;
3) умышленное утяжеление уже имеющегося расстройства здоровья;
4) неосторожное причинение себе повреждений.

28. Наиболее часто самоповреждения локализуются в области:
1) кистей;
2) предплечий;
3) стоп;
4) голеней.

29. Явления бронхита наиболее часто симулируют путем вдыхания:
1) паров концентрированной уксусной кислоты;
2) паров бензина;
3) аммиака;
4) сахарной пудры.

30. Для симулирования артериальной гипертензии наиболее часто используют:
1) теофедрин;

2) кофеин;
3) крепкий чай;
4) алкоголь.

31. Для симулирования расстройств сердечно-сосудистой деятельности используют:
1) крепкий чай;
2) крепкий кофе;
3) настойку табака;
4) большие дозы эфедрина.

32. Искусственно конъюнктивит вызывают введением в конъюнктивальный мешок:
1) альбуцида;
2) табачного сока;
3) вазелина;
4) перца.

33. Под аггравацией понимают:
1) преуменьшение симптомов имеющегося заболевания;
2) изображение симптомов несуществующего заболевания;
3) искусственное вызывание болезненного состояния;
4) преувеличение симптомов имеющегося заболевания.

Тест 12

Инструкция к вопросам 1—7

*За вопросом или незаконченным утверждением, приведенными ниже, следует 4—5 ответов или утверждений. Выберите ОДИН наиболее правильный ответ.*

1. Наиболее частой причиной бесплодия мужчин является:
A) сифилис;
B) гонорея;
C) туберкулез;
D) травма половых органов;
E) истощающие заболевания.

2. Из перечисленных признаков на наличие беременности достоверно указывает:
A) увеличение размеров матки;
B) нагрубание и выделения из молочных желез;
C) увеличение размеров живота;
D) сердцебиение плода;
E) наличие рубцов беременности.

3. Признаками бывших родов служат все нижеперечисленные, кроме:
A) выделения молозива;
B) выделения лохий;
C) надрывов шейки матки;
D) синюшной окраски слизистой оболочки родовых путей;

E) наличия девственной плевы в виде миртовидных сосочков.

4. Из перечисленных действий уголовным преступлением является:

A) мужеложство;

B) лесбиянство;

C) развратные действия в отношении лица, заведомо не достигшего совершеннолетия;

D) совершение полового сношения с лицом, заведомо не достигшим 16-летнего возраста;

E) совершение полового сношения в извращенной форме.

5. Припухлые, кровоточащие, покрытые свертками крови края разрыва девственной плевы наблюдаются после дефлорации в течение не более чем:

A) 1 дня;

B) 2-3 дней;

C) 4-5 дней;

D) 6-7 дней;

E) 8-9 дней.

6. Исследование влагалищного содержимого на наличие сперматозоидов имеет смысл, если после полового акта прошло не более:

A) 1 дня;

B) 2-3 дней;

C) 4-5 дней;

D) 6-7 дней;

E) 8-9 дней.

7. Цитологическое исследование влагалищного содержимого на наличие структурных элементов сперматозоидов имеет смысл, если после полового акта прошло не более:

A) 1 дня;

B) 2-3 дней;

C) 4-5 дней;

D) 6-7 дней;

E) 8-9 дней.

Инструкция к вопросам 8—36

*Для каждого вопроса или незаконченного утверждения правильными являются ОДИН или НЕСКОЛЬКО ответов.*

ВЫБЕРИТЕ:

| A, | B, | C, | D, | E, |
|---|---|---|---|---|
| если верно 1,2,3 | если верно 1,3 | если верно 2,4 | если верно 4 | если все верно |

8. Необходимость установления истинного пола человека может возникнуть при:

1) рассмотрении иска об алиментах;

2) призыве на военную службу;

3) выдаче документов, удостоверяющих личность;

4) расследовании преступлений против половой неприкосновенности и половой свободы личности.

9. Причиной ложного гермафродитизма у людей является:

1) травма половых органов;

2) инфекционные заболевания;

3) заболевания мочеполовой системы;

4) хромосомные заболевания.

10. Экспертное суждение о принадлежности к определенному полу основывается на:

1) строении наружных половых органов;

2) функции внутренних половых органов;

3) антропометрических данных;

4) анамнестических данных.

11. Признаком ложного мужского гермафродитизма является:

1) наличие клитора;

2) наличие зачатков матки и маточных труб;

3) наличие яичников;

4) недоразвитие полового члена.

12. Признаком ложного женского гермафродитизма является:

1) атрезия влагалища;

2) увеличенный клитор;

3) наличие яичек малого размера;

4) гипертрофия больших половых губ.

13. Экспертиза производительной способности лиц женского пола включает установление способности женщины к:

1) совокуплению;

2) зачатию;

3) вынашиванию плода;

4) деторождению.

14. Причиной неспособности женщины к половому сношению является:

1) наличие пороков развития наружных половых органов;

2) вагинизм;

3) наличие деформирующего влагалище опухолевого процесса;

4) экстирпация матки.

15. Причиной бесплодия женщины может быть:

1) непроходимость маточных труб;

2) опухоль тела матки;

3) заболевания шейки матки;

4) кислая реакция влагалищного секрета.

16. О способности к родоразрешению можно судить по:
1) результатам антропометрии;
2) анатомическому развитию половых органов;
3) соотношению размеров тела и шейки матки;
4) развитию вторичных половых признаков.
17. Экспертиза производительной способности лиц мужского пола включает установление способности к:
1) воспитанию ребенка;
2) оплодотворению;
3) зачатию;
4) совокуплению.
18. При производстве экспертизы производительной способности лиц мужского пола судебно-медицинский эксперт должен:
1) собрать анамнез у свидетельствуемого;
2) опросить родителей свидетельствуемого лица;
3) провести осмотр половых органов;
4) установить возраст свидетельствуемого.
19. Способность мужчины к оплодотворению определяется:
1) состоянием сперматогенеза;
2) размерами полового члена;
3) функционированием предстательной железы;
4) степенью эрекции полового члена.
20. Причиной неспособности мужчины к оплодотворению является:
1) аспермия;
2) олигоспермия;
3) некроспермия;
4) недостаточная эрекция полового члена.
21. Судебно-медицинская экспертиза беременности основывается на:
1) показаниях освидетельствуемой;
2) данных медицинских документов;
3) результатах опроса родственников;
4) данных объективного осмотра освидетельствуемой.
22. Признаком беременности является:
1) увеличение матки;
2) нагрубание молочных желез;
3) прекращение менструаций;
4) появление выделений из влагалища.
23. Срок беременности определяют по:
1) длине плода;
2) дате последней менструации;
3) первому шевелению плода;
4) размерам матки.
24. Признаком аборта является:
1) наличие частиц плацентарной ткани в полости матки;
2) химический ожог шейки матки;

3) наличие повреждений стенки матки;
4) наличие выделений из влагалища.

25. Назначить судебно-медицинскую экспертизу при расследовании преступлений против половой неприкосновенности и половой свободы личности имеет право:
1) следователь;
2) судья;
3) дознаватель;
4) руководитель лечебного учреждения.
26. Под изнасилованием понимают совершение полового сношения:
1) с лицом, не достигшим совершеннолетия;
2) с использованием беспомощного состояния;
3) в извращенной форме;
4) с угрозой применения насилия.
27. Достоверным признаком имевшего место полового сношения является:
1) наличие кровоточащих разрывов девственной плевы;
2) наличие спермы на одежде женщины;
3) наличие спермы во влагалище;
4) венерическое заболевание.
28. Достоверным признаком имевшего место полового сношения является:
1) беременность;
2) повреждение влагалища;
3) наличие спермы во влагалище;
4) заражение венерической болезнью.
29. Исследуя девственную плеву, судебно-медицинский эксперт должен указать:
1) ее форму;
2) наличие естественных выемок;
3) наличие повреждений;
4) высоту и консистенцию.
30. Совершение полового сношения возможно и без нарушения целостности девственной плевы, если она:
1) высокая;
2) низкая;
3) мясистая;
4) эластичная.
31. Для естественных выемок девственной плевы характерно:
1) их расположение в верхних сегментах плевы;
2) совпадение со столбцами влагалища;
3) закругленность концов;
4) наличие кольца сокращения.
32. Для разрывов девственной плевы характерно:

1) их расположение в нижних сегментах плевы;
2) уплотненный край;
3) распространение до основания плевы;
4) заостренность концов.

33. Факт совершения развратных действий устанавливает:
1) судебно-медицинский эксперт;
2) гинеколог;
3) уролог;
4) следователь.

34. При совершении развратных действий наиболее часто причиняются:
1) ссадины на внутренней поверхности бедер;
2) кровоизлияния в области клитора;
3) ссадины и кровоподтеки в области половых губ;
4) надрывы девственной плевы.

35. Для лиц, систематически совершающих акты мужеложства в пассивной форме, характерно:
1) ослабление силы запирательного жома прямой кишки;
2) воронкообразная втянутость и зияние заднего прохода;
3) наличие спермы в прямой кишке;
4) изменение формы головки полового члена (клиновидная).

36. Для лиц, систематически совершающих акты мужеложства в пассивной форме, характерно:
1) зияние заднепроходного отверстия;
2) сглаженность складок прямой кишки;
3) воронкообразная втянутость области заднего прохода;
4) гиперемия слизистой оболочки прямой кишки.

Тест 13

Инструкция к вопросам 1—9

*За вопросом или незаконченным утверждением, приведенными ниже, следует 4—5 ответов или утверждений. Выберите ОДИН наиболее правильный ответ.*

1. Судебно-гистологическое исследование позволяет установить:
A) прижизненное и давность образования повреждения;
B) механизм образования повреждения;
C) групповые признаки травмирующего предмета;
D) индивидуальные особенности травмирующего предмета;
E) предмет, которым причинено повреждение.

2. Установить групповые признаки образовавшего их травмирующего предмета позволяют все нижеперечисленные повреждения, кроме:
A) кровоподтеков;
B) вдавленных переломов костей свода черепа;
C) дырчатых переломов костей свода черепа;
D) кожных ран;

E) оскольчатых переломов длинных трубчатых костей.

3. Для установления возраста по костям фрагментированного и скелетированного трупа человека используют все нижеперечисленные методы, кроме:

A) гистологического;

B) биохимического;

C) рентгенологического;

D) остеометрического;

E) сравнительно-анатомического.

4. Из перечисленных методов для установления пола по костям фрагментированного и скелетированного трупа человека используют:

A) гистологический;

B) биохимический;

C) рентгенологический;

D) остеометрический;

E) сравнительно-анатомический.

5. На месте происшествия подлежат установлению все морфологические характеристики следов крови, кроме их:

A) формы;

B) размеров;

C) цвета;

D) взаиморасположения;

E) объема.

6. При падении капли крови на горизонтальную поверхность образуются:

A) потеки;

B) мазки;

C) пятна;

D) отпечатки;

E) помарки.

7. При получении дополнительной кинетической энергии капли крови образуют:

A) брызги;

B) мазки;

C) пятна;

D) отпечатки;

E) лужи.

8. На форму следов крови не влияет:

A) объем излившейся крови;

B) угол падения капель крови на поверхность;

C) характер поверхности;

D) материал следовоспринимающей поверхности;

E) характеристики орудия травмы.

9. Из перечисленных лабораторий установление наличия следов крови на объектах осуществляет:

A) химическая;
B) гистологическая;
C) биохимическая;
D) биологическая;
E) медико-криминалистическая.

Тест 14

Инструкция к вопросам 10—42

*Для каждого вопроса или незаконченного утверждения правильными являются ОДИН или НЕСКОЛЬКО ответов.*

ВЫБЕРИТЕ:

| A, | B, | C, | D, | E, |
|---|---|---|---|---|
| если верно 1,2,3 | если верно 1,3 | если верно 2,4 | если верно 4 | если все верно |

10. Судебно-гистологическое исследование позволяет:
1) установить прижизненность и давность образования повреждения;
2) установить диагноз;
3) подтвердить диагноз;
4) определить вид травмирующего предмета.
11. Судебно-цитологическое исследование позволяет установить:
1) наличие клеточных элементов на объекте;
2) видовую и групповую принадлежность клеток;
3) тканевую и органную принадлежность клеток;
4) природу микрочастиц небиологического происхождения.
12. Объектами судебно-цитологической экспертизы являются:
1) частицы тканей и органов;
2) изолированные клетки;
3) предметы со следами наложений биологических объектов;
4) частицы одежды.
13. Судебно-химическое исследование позволяет:
1) установить наличие токсического вещества в образце;
2) диагностировать отравление;
3) исключить наличие токсических веществ в образце;
4) исключить возможность отравления.
14. Рентгенологический метод применяют в судебной медицине для:
1) установления наличия и локализации в трупе металлических объектов (пуля и др.);
2) диагностики живорожденности младенца;
3) определения наличия и характера повреждений костей скелета;
4) выявления металлизации от воздействия на кожу металлического предмета.

15. Стереоскопическую фотографию целесообразно применять при исследовании:

1) повреждений хрящевой и костной тканей;

2) повреждений одежды;

3) извлеченных из трупа инородных предметов;

4) следов крови.

16. Исследование объектов в инфракрасных лучах позволяет выявлять:

1) следы крови на одежде;

2) наложения копоти на одежде;

3) малозаметные кровоподтеки;

4) наложения горюче-смазочных материалов.

17. Исследование объектов в инфракрасных лучах позволяет выявлять:

1) малозаметные кровоподтеки;

2) наличие повреждений кожи без удаления находящейся на ней крови;

3) старые и подвергшиеся выведению татуировки;

4) наличие копоти и зерен пороха на одежде и кожном покрове.

18. Исследование объектов в ультрафиолетовых лучах позволяет выявлять:

1) следы крови на одежде;

2) трупные пятна в начальной стадии их формирования;

3) наложения горюче-смазочных материалов;

4) наложения копоти на одежде.

19. Исследование объектов в ультрафиолетовых лучах позволяет выявлять:

1) внутрикожные и подкожные кровоизлияния;

2) следы давних ожогов;

3) наличие и давность образования рубцов на коже;

4) наличие ран и ссадин без удаления опачкивающих кожу грязевых наложений.

20. В поляризованном свете целесообразно исследовать:

1) кости;

2) волосы;

3) гистологические препараты;

4) металлические орудия травмы.

21. При исследовании объектов судебно-медицинской экспертизы применяют микрофотографию:

1) в проходящем свете;

2) в темном поле;

3) в отраженном свете;

4) фазово-контрастную.

22. Наличие участка металлизации кожи можно обнаружить:

1) контактно-диффузионным методом;

2) гистологическим исследованием'с окраской по Перлсу;

3) эмиссионным спектральным исследованием;

4) рентгенологическим методом.

23. Объектом микротрассологического исследования является:

1) кожа;

2) мышцы;

3) паренхиматозные органы;

4) кости.

24. Из перечисленных методов для установления роста по костям фрагментированного и скелетированного трупа человека используют:

1) гистологический;

2) остеометрический;

3) биохимический;

4) сравнительно-анатомический.

25. К вещественным доказательствам биологического происхождения относят:

1) кровь;

2) волосы;

3) выделения тела человека;

4) частицы тканей и изолированные клетки.

26. При исследовании пятен крови можно установить ее:

1) видовую принадлежность;

2) групповые свойства;

3) регионарное происхождение;

4) принадлежность конкретному лицу.

27. Определить, является ли данное пятно пятном крови, можно, исследуя его:

1) в косопадающем свете;

2) в ультрафиолетовом свете;

3) с помощью перекиси водорода;

4) в инфракрасных лучах.

28. В ультрафиолетовых лучах сухие пятна крови могут иметь:

1) темно-коричневую окраску;

2) оранжево-красную окраску;

3) бархатистый вид;

4) гладкую поверхность.

29. Из перечисленных методов для установления наличия крови на объекте применяют:

1) электрофоретический;

2) спектральный;

3) хроматографический;

4) ферментный.

30. Из перечисленных методов для установления регионарной принадлежности крови применяют:

1) электрофоретический;

2) серологический;

3) цитологический;

4) биохимический.

31. У ребенка 0(1) группа крови, у матери В(Ш). Отцом ребенка может быть мужчина, имеющий группу крови:

1) 0(1);
2) А(И);
3) В(Ш);
4) АВ(IV).

32. У ребенка и матери А(И) группа крови. Отцом ребенка может быть мужчина, имеющий группу крови:

1) 0(1);
2) А(Н);
3) В(Ш);
4) АВ(IV).

33. Отец имеет А(II), мать — В(III) группу крови. Дети могут иметь следующие группы крови:

1) 0(1);
2) А(И);
3) В(III);
4) АВ(IV).

34. Из перечисленных методов для установления наличия спермы на объекте используют:

1) морфологический;
2) электрофоретический;
3) хроматографический;
4) микрокристаллический.

35. Волосы для дальнейшего судебно-биологического исследования следует забирать с объекта:

1) пальцами;
2) анатомическим пинцетом;
3) пинцетом с резиновыми наконечниками;
4) хирургическим пинцетом.

36. Из перечисленных методов для установления принадлежности волоса человеку или животному используют:

1) морфологический;
2) химический;
3) серологический;
4) спектрофотометрический.

37. Волос человека имеет:

1) кутикулу;
2) корковое вещество;
3) мозговой слой;
4) пигментный слой.

38. Пигмент волоса человека содержится в:

1) кутикуле;
2) пигментном слое;
3) мозговом слое;

4) корковом веществе.

39. Цвет волоса человека определяется:

1) содержащимся в нем пигментом;

2) прозрачностью клеток кутикулы;

3) наличием внутри волоса воздушных пространств;

4) состоянием мозгового слоя.

40. Для выпавшего волоса характерно:

1) ороговение луковицы;

2) отсутствие влагалищных оболочек;

3) конусообразное истончение;

4) депигментация.

41. Для вырванного волоса характеры:

1) наличие сочной луковицы;

2) наличие влагалищных оболочек;

3) ступенеобразная поверхность поперечного сечения волоса;

4) гладкая поверхность поперечного сечения волоса.

42. Эмиссионный спектральный анализ волос позволяет установить:

1) видовую принадлежность волос;

2) принадлежность волос данному человеку;

3) повышенное содержание в волосах металлов и некоторых металлоидов;

4) расовую принадлежность волос.

Тест 15.

Инструкция к вопросам 1—15

*Для каждого вопроса или незаконченного утверждения правильными являются ОДИН или НЕСКОЛЬКО ответов.*

ВЫБЕРИТЕ:

| A, | B, | C, | D, | E, |
|---|---|---|---|---|
| если верно 1,2,3 | если верно 1,3 | если верно 2,4 | если верно 4 | если все верно |

1. Деятельность медицинских работников регламентируется:

1) приказами МЗ;

2) приказами главного врача лечебно-профилактического учреждения;

3) методическими указаниями МЗ;

4) правилами внутреннего распорядка лечебно-профилактического учреждения.

2. О необходимости соблюдения врачебной тайны говорится в:

1) присяге (клятве) врача России;

2) уголовном законодательстве;

3) Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан;

4) Конституции РФ.

3. Должностным лицом в лечебно-профилактическом учреждении является:

1) главный врач;

2) главная медицинская сестра;

3) заведующие отделениями;

4) дежурный врач.

4. Причиной врачебной ошибки может служить:

1) несовершенство существующих методов диагностики и лечения;

2) недостаточная подготовка врача;

3) недостаточный опыт врача;

4) недобросовестное отношение.

5. Причиной врачебной ошибки может служить:

1) неполноценное обследование больного;

2) несовершенство современных представлений об этиологии и патогенезе заболевания;

3) халатность врача;

4) атипичность течения заболевания.

6. Врач может быть привлечен к уголовной ответственности, если:

1) неблагоприятный исход болезни был обусловлен некачественным обследованием больного;

2) неблагоприятный исход болезни был обусловлен дефектами в лечении больного;

3) смерть больного обусловлена ненадлежащим выполнением врачом своих профессиональных обязанностей;

4) смерть больного наступила вследствие несчастного случая.

7. Уважительной причиной отказа в оказании медицинской помощи обычно признают:

1) болезнь медицинского работника;

2) оказание медицинским работником помощи другому больному;

3) отсутствие транспортного средства;

4) некомпетентность медицинского работника.

8. Изъятие органов и тканей у живого донора допускается действующим законодательством в случае, если:

1) донор предупрежден о возможных осложнениях для своего здоровья;

2) донор выразил в письменной форме согласие на изъятие своих органов или тканей;

3) донор прошел всестороннее медицинское обследование, по результатам которого консилиум врачей-специалистов дал заключение о возможности изъятия у него органа или тканей;

4) донору гарантировано материальное вознаграждение за изъятие органа или тканей.

9. В состав судебно-медицинской экспертной комиссии могут входить:

1) представители правоохранительных органов;

2) судебно-медицинские эксперты;

3) представители органов здравоохранения;

4) ведущие специалисты-клиницисты.

10. В компетенцию судебно-медицинской экспертной комиссии входит установление:

1) своевременности и правильности диагностики заболеваний и повреждений;

2) своевременности, правильности и полноты оказания медицинской помощи;

3) наличия дефектов в диагностике и лечении больного;

4) виновности медицинских работников в наступлении неблагоприятного исхода.

11. В компетенцию судебно-медицинской экспертной комиссии входит установление:

1) причины смерти больного;

2) правильности обследования и лечения больного;

3) наличия упущений при лечении больного;

4) наличия умысла или неосторожности в действиях медицинских работников.

12. Судебно-медицинская экспертная комиссия имеет право:

1) затребовать материалы дела;

2) затребовать подлинники медицинских документов;

3) затребовать протокол патологоанатомического или судебно-медицинского исследования трупа;

4) осуществить эксгумацию трупа.

13. В основу заключения судебно-медицинской экспертной комиссии не могут быть положены:

1) сведения из медицинских документов;

2) данные анамнеза;

3) показания медицинских работников;

4) жалобы больного.

14. В случае возникновения разногласий среди членов судебно-медицинской экспертной комиссии предусматривается оформление:

1) подписываемого всеми членами комиссии заключения с изложением всех точек зрения членов комиссии;

2) подписываемого всеми членами комиссии заключения, отражающего мнение большинства членов комиссии;

3) подписываемого всеми членами комиссии заключения только по согласованным позициям;

4) заключения каждым экспертом отдельно.

15. В компетенцию клинико-анатомической конференции входит установление:

1) нарушения медицинскими работниками правил внутреннего распорядка;

2) правильности диагностики и лечения больного;

3) ответственности медицинского персонала за допущенные упущения;
4) причины смерти больного.

**4.1. Формы и методы текущего контроля успеваемости обучающихся и промежуточной аттестации.**

**4.1.1. В ходе реализации дисциплины** *(Б1.Б.34.04 Судебная медицина)* **используются следующие методы текущего контроля успеваемости обучающихся:**

При проведении занятий лекционного типа: опрос

при проведении занятий семинарского типа: опрос, тест

при контроле результатов самостоятельной работы студентов: опрос

**4.1.2. Экзамен (зачет) проводится с применением следующих методов (средств):**

Зачет проводится в форме письменного ответа на вопросы

**4.2. Материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Типовые оценочные материалы**

**Вопросы для подготовки к зачету**

1. Предмет, задачи, разделы судебной медицины.
2. Объекты судебно-медицинской экспертизы.
3. Организация и структура судебно-медицинской службы в России.
4. Судебно-медицинские учреждения. Структура бюро судебно-медицинской экспертизы.
5. Законодательные требования по назначению и проведению судебно-медицинской экспертизы.
6. Виды судебно-медицинской экспертизы.
7. Права и обязанности эксперта.
8. Понятие о смерти.
9. Судебно-медицинская классификация смерти.
10. Стадии умирания.
11. Ранние трупные явления. Механизмы их возникновения, время появления после наступления смерти и их судебно-медицинское значение.
12. Поздние трупные явления. Механизмы их возникновения, время появления после наступления смерти и их судебно-медицинское значение.
13. Способы определения давности наступления смерти.
14. Порядок проведения осмотра места происшествия при обнаружении трупа.
15. Задачи судебно-медицинского эксперта при осмотре трупа на месте

обнаружения.

16. Порядок направления трупа на экспертизу (исследование) с места его обнаружения.
17. Классификация тупых предметов по повреждающим поверхностям.
18. Механизмы образования повреждений, причиненных тупыми предметами.
19. Виды и признаки ран, причиненных тупыми предметами.
20. Повреждения при падениях с высоты и на плоскости.
21. Общая характеристика транспортной травмы.
22. Особенности повреждений, осмотра места происшествия, судебно-медицинской экспертизы при автомобильной и железнодорожной травме.
23. Повреждения острыми предметами.
24. Виды и судебно-медицинское значение повреждений, возникающих от воздействия острыми предметами.
25. Вопросы, выносимые на судебно-медицинскую экспертизу при повреждениях острыми и тупыми предметами.
26. Виды повреждений при огнестрельной травме.
27. Повреждающие факторы выстрела.
28. Оценка расстояния выстрела при осмотре трупа на месте происшествия.
29. Выстрел в упор, механизм образования повреждений, признаки, судебно-медицинское значение.
30. Выстрел с близкой дистанции, признаки, судебно-медицинское значение.
31. Выстрел с неблизкой дистанции, признаки, судебно-медицинское значение.
32. Особенности повреждений при взрывах.
33. Особенности осмотра трупа на месте его обнаружения и экспертизы при огнестрельных повреждениях и взрывной травме.
34. Вопросы на судебно-медицинскую экспертизу при огнестрельных повреждениях.
35. Судебно-медицинская характеристика действия низкой температуры: переохлаждение и обморожение.
36. Судебно-медицинская характеристика действия высокой температуры: перегревание и ожоги.
37. Признаки прижизненного нахождения в очаге пожара.
38. Вопросы, разрешаемые судебно-медицинской экспертизой, при действии физических факторов.
39. Классификация механической асфиксии.
40. Общеасфиктические признаки.
41. Механическая странгуляционная асфиксия (определение, виды, характеристика).
42. Механизм смерти при повешении.

43. Признаки удавления петлей, признаки удавления руками.
44. Судебно-медицинская экспертиза повешения и удавления петлей и руками.
45. Компрессионная и обтурационная асфиксия, механизмы их возникновения, признаки.
46. Утопление (определение, виды, признаки).
47. Признаки прижизненного попадания тела в воду.
48. Признаки пребывания трупа в воде.
49. Особенности осмотра трупа на месте его обнаружения и экспертизы при асфиктической смерти.
50. Вопросы для СМЭ при асфиктической смерти.
51. Определение понятия «ядовитое вещество» и отравление.
52. Условия действия ядов на организм человека.
53. Классификация отравляющих веществ.
54. Экспертиза отравления алкоголем и его суррогатами.
55. Отравления угарным газом, особенности СМЭ.
56. Отравление наркотическими веществами.
57. Особенности осмотра места происшествия при подозрении на смерть от отравления.
58. Вопросы на судебно-медицинскую экспертизу при отравлениях.
59. Виды судебно-медицинских экспертиз половых состояний и при половых преступлениях.
60. Судебно-медицинская экспертиза при половых преступлениях: поводы, особенности проведения и решаемые вопросы.
61. Методика установления степени тяжести вреда здоровью.
62. Виды экспертиз живых лиц и поводы назначения.
63. Судебно-медицинские документы, составляемые в исходе экспертизы (освидетельствования) живых лиц.
64. Оформление документации при направлении на экспертизу (освидетельствование) тяжести вреда здоровью.

**4.3. Оценочные средства для промежуточной аттестации.**

**4.3.1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы. Показатели и критерии оценивания компетенций с учетом этапа их формирования**

| Код компетенции | Наименование компетенции | Код этапа освоения компетенции | Наименование этапа освоения компетенции |
|---|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| УК ОС-1 | Способность применять критический анализ информации и системный подход для решения профессиональных задач | УК ОС-1.2.4 | способность определять значение судебной медицины и психиатрии в ряду других отраслей права, а также пользоваться методологией проведения судебно-медицинских и психиатрических экспертиз |
| УК ОС-7 | Способность создавать и поддерживать безопасные условия жизнедеятельности, в том числе при возникновении чрезвычайных ситуаций | УК ОС-7.2.3 | способность поддерживать безопасность людей в чрезвычайных ситуациях, организовывать мероприятия по их защите, опираясь на медицинские и естественнонаучные знания, а также ориентироваться в назначении общенаучных и специальных методов исследования, направленных на разрешение медико-биологических вопросов, возникающих у органов правосудия в процессе расследования и судебного разбирательства уголовных и гражданских дел |

**4.3.2 Типовые оценочные средства**

**Шкала оценивания.**

| Этап освоения компетенции | Показатель оценивания<br>*Что делает обучающийся (какие действия способен выполнить), подтверждая этап освоения компетенции* | Критерий оценивания<br>*Как (с каким качеством) выполняется действие. Соответствует оценке «отлично» в шкале оценивания в РПД.* |
|---|---|---|
| УК ОС-1.2.4 способность определять значение судебной медицины и психиатрии в ряду других отраслей права, а также пользоваться методологией проведения судебно-медицинских и психиатрических экспертиз | - разграничение объекта и предмета изучения в судебной медицине и судебной психиатрии;<br>- руководство методологией в описании проведения судебно-медицинских и психиатрических экспертиз;<br>- определение значения судебной медицины и судебной психиатрии в различных отраслях и подотраслях права. | - грамотно разграничивает и обосновывает объект и предмет изучения в судебной медицине и судебной психиатрии;<br>- в описании судебно-медицинских и психиатрических экспертиз опирается на методологию их проведения;<br>- самостоятельно определяет значение судебной медицины и судебной психиатрии в различных отраслях и подотраслях права.. |

| Этап освоения компетенции | Показатель оценивания<br>*Что делает обучающийся (какие действия способен выполнить), подтверждая этап освоения компетенции* | Критерий оценивания<br>*Как (с каким качеством) выполняется действие. Соответствует оценке «отлично» в шкале оценивания в РПД.* |
|---|---|---|
| УК ОС-7.2.3: способность поддерживать безопасность людей в чрезвычайных ситуациях, организовывать мероприятия по их защите, опираясь на медицинские и естественнонаучные знания, а также ориентироваться в назначении общенаучных и специальных методов исследования, направленных на разрешение медико-биологических вопросов, возникающих у органов правосудия в процессе расследования и судебного разбирательства уголовных и гражданских дел | - демонстрация знаний о составе подразделений гражданской обороны в случае возникновения чрезвычайных ситуаций;<br>- организация группы/коллектива на решение задач безопасности, установление ролевого распределение в группе, и распределение функций и ресурсов для выполнения задания;<br>- ориентируется в назначении общенаучных и специальных методов исследования, направленных на разрешение медико-биологических вопросов, возникающих у органов правосудия в процессе расследования и судебного разбирательства уголовных и гражданских дел;<br>- организует | - уверено применяет знания о составе подразделений гражданской обороны в случае возникновения чрезвычайных ситуаций;<br>- квалифицировано ориентируется в технологиях организации групп/коллектива на решение задач безопасности;<br>- грамотно описывает назначение общенаучных и специальных методов исследования, направленных на разрешение медико-биологических вопросов, возникающих у органов правосудия в процессе расследования и судебного разбирательства уголовных и гражданских дел;<br>- в решении ситуаций применяет знания об оказании первой помощи пострадавшим при травмах, ожогах и ранениях с применением методов исследования судебной медицины |

**4.4. Методические материалы**

В процессе подготовки к зачету студенты самостоятельно изучают учебную и иную литературу по имеющемуся списку, содержащемуся в рабочей программе учебной дисциплины.

При изучении тем студенты должны ознакомиться с имеющейся учебной и дополнительной литературой, подготовить ответы на вопросы семинарских занятий, а также на дополнительные вопросы, полученные от преподавателя во время чтения лекций. После консультаций с преподавателем по отдельным проблемам самостоятельно готовятся доклады, которые заслушиваются на семинарах.

Текущий контроль успеваемости студентов осуществляется посредством опроса, заслушивания докладов, подготовки и защиты рефератов, выступлений на практических занятиях.

| оценка | Критерий оценивания | Результат обучения |
|---|---|---|
| Зачтено | Знания теоретических основ дисциплины, свободное владение терминологией. Изложение материала грамотное и по существу. Не допускает существенных неточностей в ответе.<br>Умение тестно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами прменения теоретических знаний. При видоизмении задачи затруднений не возникает. Применяются нес тандартные варианты решений.<br>Соблюдает нормы речи, ответ четкий и логически выстроен | УК ОС-1.2.4<br>на уровне знаний:<br>- понятие система, свойства систем, классификация систем, системный подход, принципы системного подхода, гражданская позиция и политическая позиция;<br>- методы познания, необходимые для интеллектуального развития профессиональной компетентности в области права;<br>на уровне умений:<br>- учитывать фактор времени при анализе явлений;<br>- обобщать, анализировать, воспринимать фактическую и правовую информацию;<br>на уровне навыков:<br>- навык применения методик, приемов и техник обработки, восприятия и анализа источников права;<br>УК ОС-7.2.3 на уровне знаний:<br>- видов чрезвычайных ситуаций, общих правил и алгоритмов действий в штатных, нештатных и чрезвычайных ситуациях;<br>- пределов своей компетенции и основных компетенций взаимодействующих структур;<br>на уровне умений:<br>- отстаивать свою принципиальную, основанную на нормах права, морали и этики профессиональную позицию;<br>- применять правовые знания в ситуациях повседневной профессиональной деятельности;<br>- предвидеть последствия принятия правовых решений по вопросам профессиональной деятельности;<br>на уровне навыков:<br>- опыт адаптироваться в быстро меняющейся обстановке, складывающейся при нештатных и чрезвычайных ситуациях; |
| незачтено | Значительная часть теоретического материала не усвоена, допускаются существенные ошибки в ответе.<br>Затруднения при выполнения практических работ, поиске ответов на практические вопросы, существенные затрудения при использовании терминологии.<br>Практические задания, задачи | |

| | | |
|---|---|---|
| | не выполняются Нормы речи отсутсвуют, логическое построение изложения материала отсутсвует | - навык сохранения контроля за своими эмоциями при возникновении чрезвычайных ситуаций; |

## 5. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)

Изучение дисциплины «Судебная медицина» предусматривает самостоятельную внеаудиторную работу студентов.

Самостоятельная работа студентов осуществляется на протяжении изучения дисциплины в соответствии с утвержденной трудоемкостью – 72 часа (2 зет).

Самостоятельная внеаудиторная работа учащихся служит закреплению теоретического материала и практических навыков и включает в себя:

- подготовку к аудиторным занятиям, в том числе работу на персональных компьютерах, в правовых базах «Гарант», «КонсультантПлюс» и др.; работу в сети «Интернет»;
- изучение рекомендованной литературы, научных статей и монографий, нормативных правовых актов; подготовку научных сообщений, докладов и выступлений на практическом занятии, тезисов для участия в научно-практической конференции и др.;
- самостоятельное изучение отдельных тем, разделов дисциплины.

В качестве основы СРС выступает работа с обязательной, дополнительной и рекомендуемой литературой, законодательством и другими нормативными правовыми актами, принимаемые по вопросам предупреждения преступлений и борьбы с преступностью. Допускается использование и иных достоверных источников и материалов (сообщения в средствах массовой информации, данные научных исследований, статьи в периодических изданиях и др.).

Обучающимся рекомендуется вести записи в отдельной тетради (папка в компьютере) в целях конспектирования и подготовки к практическим занятиям. Здесь следует концентрировать записи конспектов лекций, изученной литературы, нормативной правовой базы, подготовки других заданий и т.д.

При необходимости на лекционных занятиях даются дополнительные рекомендации по подготовке к практическому занятию с учетом изучаемой темы.

## 6. Учебная литература и ресурсы информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", включая перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине (модулю)

6.1. Основная литература.

1. 1. *Самищенко, С. С.* Судебная медицина : учебник для вузов / С. С. Самищенко. — 3-е изд., перераб. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2017. — 471 с. — (Серия : Бакалавр. Академический курс). — ISBN 978-5-534-01347-4.

6.2. Дополнительная литература.

1. *Клевно, В. А.* Судебная медицина : учебник для вузов / В. А. Клевно, В. В. Хохлов. — 2-е изд., перераб. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2017. — 413 с. — (Серия : Специалист). — ISBN 978-5-534-05195-7.

6.3. Учебно-методическое обеспечение самостоятельной работы.

1. Актуальные вопросы патологической анатомии и судебной медицины: коллективная научная монография / Под ред.: Волков В.П. - Новосибирск: СибАК, 2013. - 142 с.
2. Вишнякова Ж.С., Купрюшин А.С., Пичугина А.А. А.Ф. Кони о судебной медицине // Медицинская экспертиза и право. - М.: ЮрИнфоЗдрав, 2014, № 3. - С. 64-65.
3. Буромский И.В.Судебно-медицинская экспертиза: термины и понятия. Словарь для юристов и судебно-медицинских экспертов. М: Норма. 2012.
4. Гриненко А.В. Использование судебно-медицинских знаний при расследовании преступлений против жизни и здоровья. Научно-практическое пособие. М: Юрлитинформ. 2011.
5. Грицаенко П.П.Судебная медицина. Конспект лекций. М: Юрайт. Год: 2013.
6. Дерягин Г.Б. Судебная медицина. Учебник для юридических и медицинских факультетов. М: Щит-М. 2012.
7. Клевно В.А. Медицинские технологии, используемые при производстве судебно-медицинских экспертиз. М: Компания Планета Земля. 2012.
8. Клевно В.А.Судебная медико-социальная экспертиза: правовые и организационные основы социальной экспертизе. М: ГЭОТАР-Медиа. Год: 2010.
9. Клевно В.А.Судебно-медицинская экспертиза. Сборник нормативных правовых актов. М: ГЭОТАР-Медиа. 2012.
10. Неклюдов Ю.А.Судебная медицина. М: Инфра-М, Вузовский учебник. 2013.
11. Пиголкин Ю. И. Судебная медицина: Учебник. М: Медицинское Информационное Агентство (МИА). 2011.
12. Пиголкин Ю.И.Атлас по судебной медицине. М: ГЭОТАР-Медиа. 2010.
13. Пиголкин Ю.И.Судебная медицина. Задачи и тестовые задания. Учебное пособие. М: Издательство: ГЭОТАР-Медиа. 2011.
14. Россинская Е.Р. Теория судебной экспертизы: Учебник. М: Норма, Инфра-М, РИОР. 2013.
15. Руководство по судебной медицине: Учебное пособие. М: Инфра-М, Норма. 2014.

6.4. Нормативные правовые документы.

1. Конституция РФ.

2. Уголовный кодекс Российской Федерации.
3. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации.
4. Федеральный закон Российской Федерации от 31.05.2001 г. № 73-ФЗ (ред. от 25.11.2013) «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации».
5. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
6. Постановление Правительства Российской Федерации от 17 августа 2007 г. № 522 «Об утверждении правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека».
7. Приказ Минздравсоцразвития Российской Федерации от 24 апреля 2008 г. № 194н «Об утверждении медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека».
8. Постановление Правительства Российской Федерации от 26.06.2008 № 475 «Об утверждении Правил освидетельствования лица, которое управляет транспортным средством, на состояние алкогольного опьянения и оформления его результатов, направления указанного лица на медицинское освидетельствование на состояние опьянения, медицинского освидетельствования этого лица на состояние опьянения и оформления его результатов и правил определения наличия наркотических средств или психотропных веществ в организме человека при проведении медицинского освидетельствования на состояние опьянения лица, которое управляет транспортным средством» (в ред. от 18.11.13г.).
9. Приказ МВД Российской Федерации от 04.08.2008 № 676 «Об утверждении форм акта освидетельствования на состояние алкогольного опьянения и протокола о направлении на медицинское освидетельствование на состояние опьянения».
10. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 12.05.2010 г. № 346н «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации».

6.5. Интернет-ресурсы.

Компьютерная программа «Microsoft Office Power Point».

Информационно-правовая система («Гарант», «КонсультантПлюс»).

6.6. Иные источники.

## 7. Материально-техническая база, информационные технологии, программное обеспечение и информационные справочные системы

– классная доска;
– мультимедийный проектор;
− средства наглядности: манекены, имитаторы ран и пр.