

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
СУДЕБНО- МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА
ВСЕ КАТЕГОРИИ

1. Основанием для производства судебно-медицинской экспертизы является:
 - 1) постановление (определение) следователя, дознавателя, суда;
 - 2) направление лечебного учреждения;
 - 3) постановление органов дознания;
 - 4) предписание руководителя администрации субъекта Федерации.
2. Основанием для производства судебно-медицинской экспертизы является:
 - 1) определение суда;
 - 2) направление органов дознания;
 - 3) постановление органов следствия;
 - 4) предписание адвоката.
3. К законодательным актам, регламентирующим производство судебно-медицинской экспертизы относятся:
 - 1) Конституция РФ;
 - 2) Постановления правительства РФ;
 - 3) УПК РФ, ГПК РФ;
 - 4) постановления органов следствия и дознания о назначении экспертизы.
4. Объектами судебно-медицинской экспертизы являются:
 - 1) живые лица;
 - 2) трупы людей;
 - 3) вещественные доказательства;
 - 4) медицинская документация.
5. Назначение судебно-медицинской экспертизы, согласно действующему законодательству, является обязательным при необходимости установления:
 - 1) личности потерпевшего;
 - 2) причины смерти;

- 3) особенностей орудия, причинившего травму;
 - 4) тяжести причиненного вреда здоровью.
6. Судебно-медицинская экспертиза может быть:
- 1) первичной;
 - 2) дополнительной;
 - 3) повторной;
 - 4) контрольной.
7. Результаты судебно-медицинской экспертизы оформляются:
- 1) актом судебно-медицинского исследования;
 - 2) протоколом судебно-медицинской экспертизы;
 - 3) актом судебно-медицинской экспертизы;
 - 4) заключением судебно-медицинской экспертизы (эксперта).
8. К производству судебно-медицинской экспертизы могут быть привлечены:
- 1) патологоанатомы;
 - 2) фельдшера с большим стажем работы;
 - 3) врачи-хирурги;
 - 4) студенты выпускного курса медицинского ВУЗа.
9. Судебно-медицинский эксперт имеет право:
- 1) допрашивать подозреваемого или обвиняемого;
 - 2) знакомиться с материалами дела, относящимися к предмету экспертизы;
 - 3) проводить следственные эксперименты;
 - 4) запрашивать дополнительные материалы по делу.
10. Судебно-медицинский эксперт имеет право:
- 1) самостоятельно проводить осмотр места происшествия;
 - 2) самостоятельно уничтожать объект исследования в ходе проведения его, если без этого нельзя обойтись;
 - 3) самостоятельно собирать объекты для исследования;
 - 4) отвечать на вопросы, не указанные в постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы, если в результате проведенных исследований появилась возможность дать на них ответы.

11. Судебно-медицинский эксперт может быть привлечен к уголовной ответственности за:
- 1) заведомо ложное заключение;
 - 2) отказ от производства экспертизы;
 - 3) несанкционированное разглашение данных предварительного следствия;
 - 4) невыполнение в срок судебно-медицинской экспертизы.
12. Бюро судебно-медицинской экспертизы имеется в:
- 1) Москве и С-Петербурге;
 - 2) каждой автономной республике;
 - 3) каждой области (крае);
 - 4) каждом крупном районном центре.
13. В бюро судебно-медицинской экспертизы предусмотрены:
- 1) отдел судебно-медицинской экспертизы трупов;
 - 2) отдел судебно-медицинской экспертизы живых лиц;
 - 3) судебно-медицинская лаборатория;
 - 4) судебно-биологический отдел.
14. Основными направлениями совместной работы судебно-медицинских учреждений с органами практического здравоохранения являются:
- 1) анализ смертности по отдельным видам смерти;
 - 2) проведение клинико-анатомических конференций;
 - 3) анализ выявленных в ходе проведения судебно-медицинских экспертиз дефектов оказания медицинской помощи;
 - 4) анализ проведенных судебно-медицинских экспертиз.
15. Для терминального состояния характерно:
- 1) критическое падение артериального давления;
 - 2) глубокое нарушение дыхания;
 - 3) нарушения со стороны сердечной деятельности;
 - 4) нарушение выделительных функций.
16. К ориентирующим признакам смерти относят отсутствие:
- 1) реакции зрачков на свет;

- 2) сознания;
- 3) пульса на крупных артериях;
- 4) дыхания.

17. К ориентирующим признакам смерти относят:

- 1) отсутствие реакции на болевые раздражители;
- 2) бледность кожных покровов;
- 3) адинамия;
- 4) снижение температуры тела менее 34°C .

18. Достоверным признаком смерти является:

- 1) мышечное окоченение;
- 2) отсутствие сердцебиения и дыхания;
- 3) симптом «кошачьего глаза» (симптом Белоглазова);
- 4) отсутствие сознания.

19. К категории насильственной смерти относят:

- 1) смерть от механических повреждений;
- 2) смерть от утопления;
- 3) смерть от сдавления шеи петлей при повешении;
- 4) смерть от переливания несовместимой по группе крови.

20. К категории ненасильственной смерти относят:

- 1) смерть от заболеваний;
- 2) смерть от старческой дряхлости;
- 3) скоропостижная смерть;
- 4) несчастный случай.

21. В компетенцию судебно-медицинской экспертизы входит установление:

- 1) категории смерти;
- 2) вида насильственной смерти;
- 3) вида ненасильственной смерти;
- 4) рода насильственной смерти.

22. К ранним посмертным изменениям относят:

- 1) синюшность кожных покровов;
- 2) трупные пятна;

- 3) сухость кожных покровов;
- 4) мышечное окоченение.

23. К внешним проявлениям гниения относят:

- 1) трупную зелень;
- 2) образование на коже трупа гнилостных пузырей;
- 3) трупную эмфизему;
- 4) уплотнение мягких тканей.

24. К поздним посмертным изменениям относят:

- 1) гниение;
- 2) мумификацию;
- 3) жировоск;
- 4) снижение температуры тела ниже 20°C .

25. Мумификации трупа способствует:

- 1) повышенная температура;
- 2) плохая аэрация;
- 3) сухая пористая почва;
- 4) влажная плотная почва.

26. Скорость остывания трупа зависит от:

- 1) температуры окружающей среды;
- 2) массы тела;
- 3) характера одежды;
- 4) причины смерти.

27. На динамику трупных пятен оказывает влияние:

- 1) состояние крови;
- 2) причина смерти;
- 3) давность наступления смерти;
- 4) влажность окружающего воздуха.

28. Окраска трупных пятен может зависеть от:

- 1) от давности смерти;
- 2) от причины смерти;
- 3) от контакта кожи трупа с холодной влажной поверхностью.

4) от позы трупа.

29. Судебно-медицинское значение трупных пятен состоит в том, что они:

- 1) являются несомненным доказательством смерти;
- 2) позволяют судить о давности наступления смерти;
- 3) могут ориентировать эксперта в отношении причины смерти;
- 4) конкретно устанавливает место смерти.

30. К естественной консервации трупа относят:

- 1) мумификацию;
- 2) жировоск;
- 3) замерзание трупа;
- 4) высокую концентрацию этилового алкоголя в трупе.

31. Образование идиомускулярной опухоли в условиях комнатной температуры вызывается при давности наступления смерти не более:

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

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

- 1) 5-8 ч;
- 2) 8-10 ч;
- 3) 12-14 ч;
- 4) 14-20 ч.

33. Стадия имбибиции трупных пятен обычно формируется по истечении:

- 1) 2-4 ч;
- 2) 8-10 ч;
- 3) 12-18 ч;
- 4) 24-30 ч.

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

- 1) степени развития мускулатуры;
 - 2) причины смерти;
 - 3) позы человека в момент смерти;
 - 4) давности наступления смерти.
35. На месте происшествия судебно-медицинский эксперт осуществляет работу:
- 1) на основании указания главы администрации региона;
 - 2) на основании распоряжения руководителя местного органа здравоохранения;
 - 3) по собственной инициативе;
 - 4) на основании указания следователя.
36. Участвуя в осмотре трупа на месте происшествия судебно-медицинский эксперт должен:
- 1) убедиться в наступлении смерти потерпевшего;
 - 2) зафиксировать посмертные изменения;
 - 3) установить имеющиеся на теле потерпевшего повреждения;
 - 4) составить протокол осмотра трупа на месте происшествия.
37. Участвуя в осмотре трупа на месте происшествия судебно-медицинский эксперт должен:
- 1) зафиксировать позу трупа;
 - 2) направить на лабораторные исследования вещественные доказательства;
 - 3) описать одежду на трупе;
 - 4) установить причину смерти потерпевшего.
38. Для ориентировочного суждения о давности наступления смерти при осмотре трупа на месте происшествия определяют:
- 1) ректальную температуру;
 - 2) стадию развития трупных пятен;
 - 3) степень выраженности трупного окоченения;
 - 4) реакцию поперечнополосатых мышц на механическое воздействие.
39. Осматривая труп на месте происшествия судебно-медицинский эксперт может:

- 1) осуществить зондирование раневого канала;
 - 2) взять мазки из половых органов трупа женщины;
 - 3) вырезать кожный лоскут с раной для направления его в судебно-медицинскую лабораторию;
 - 4) провести предварительные пробы на наличие крови.
40. При описании раны в ходе осмотра трупа на месте происшествия судебно-медицинский эксперт должен отметить:
- 1) размеры и форму раны;
 - 2) состояние концов и краев раны;
 - 3) направление потоков крови;
 - 4) глубину раневого канала.
41. Основанием для судебно-медицинской экспертизы трупа является:
- 1) постановление органов следствия;
 - 2) направление лечебного учреждения;
 - 3) постановление органов дознания;
 - 4) распоряжение руководителя департамента здравоохранения.
42. Основанием для судебно-медицинской экспертизы трупа является:
- 1) направление органов дознания;
 - 2) письменное отношение адвоката;
 - 3) письменное заявление родственников умершего;
 - 4) определение суда.
43. Обязательному судебно-медицинскому исследованию при экспертизе трупа подлежат:
- 1) полость черепа;
 - 2) грудная полость;
 - 3) брюшная полость;
 - 4) позвоночный канал.
44. Проба на пневмоторакс проводится при:
- 1) наличии проникающего ранения грудной клетки;
 - 2) подозрении на травматический разрыв легкого;
 - 3) подозрении на переломы ребер;

- 4) подозрении на баротравму.
45. К дополнительным лабораторным исследованиям при судебно-медицинской экспертизе трупа относятся:
- 1) гистологическое;
 - 2) дактилоскопическое;
 - 3) медико-криминалистическое;
 - 4) фотографирование.
46. К дополнительным лабораторным исследованиям при судебно-медицинской экспертизе трупа относятся:
- 1) биохимическое;
 - 2) судебно-биологическое;
 - 3) судебно-химическое;
 - 4) бактериологическое.
47. Составными частями Заключения судебно-медицинской экспертизы трупа являются:
- 1) вводная часть;
 - 2) исследовательская часть;
 - 3) выводы;
 - 4) мнение эксперта по результатам экспертизы.
48. Новорожденным в судебной медицине считают младенца, прожившего не боле:
- 1) 1 сут;
 - 2) 2-3 сут;
 - 3) 3-4 сут;
 - 4) 4-5 сут;
 - 5) 5-7 сут.
49. Полное рассасывание родовой опухоли, как правило, происходит в течение:
- 1) 1 сут;
 - 2) 1-2 сут;

3) 3-4 сут;

4) 5-6 сут.

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

1) не более 1 ч;

2) 4-6 ч;

3) 6-12 ч;

4) 12-24 ч.

51. Исследуя труп новорожденного, срединный разрез проводят от:

1) подбородка;

2) вырезки грудины;

3) красной каймы нижней губы;

4) щитовидного хряща гортани;

5) мечевидного отростка.

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

1) является ли младенец новорожденным;

2) является ли он живорожденным;

3) какова причина смерти;

4) имело ли место детоубийство.

53. Признаком новорожденности является:

1) наличие неотделенной пуповины с плацентой;

2) наличие мекония в толстой кишке;

3) недышавшие легкие;

4) незаращение овального отверстия.

54. Живорожденным в судебной медицине считают младенца:

1) не имеющего пороков развития

2) осуществлявшего движения;

3) имеющего кефалогематому;

4) дышавшего самостоятельно.

55. Для установления живорожденности используют:

- 1) плавательные пробы;
- 2) гистологическое исследование легких и пуповины;
- 3) рентгенографическое исследование;
- 4) эмиссионный спектральный анализ.

56. На живорожденность младенца указывают:

- 1) расправленность альвелола;
- 2) наличие родовой опухоли;
- 3) положительная плавательная проба;
- 4) отсутствие мекония в толстом кишечнике.

57. Жизнеспособным в судебной медицине считают новорожденного:

- 1) при отсутствии у него кефалогематомы;
- 2) при длине тела не менее 35 см;
- 3) родившегося живым;
- 4) при отсутствии у него жизнеисключающих уродств.

58. Наличие признаков, которые могут указывать на доношенность новорожденного:

- 1) длина тела 50 см и более;
- 2) наличие ядра Бекляра;
- 3) наличие яичек в мошонке;
- 4) выступание ногтей за край ногтевых фаланг.

59. Продолжительность внеутробной жизни новорожденного можно определить по:

- 1) гистологической картине пупочного кольца;
- 2) распространенности воздуха в желудочно-кишечном тракте;
- 3) гистологической картине родовой опухоли;
- 4) длине тела.

60. Внутриутробная смерть плода может быть обусловлена:

- 1) токсикозом беременности;
- 2) отслойкой плаценты;

- 3) аспирацией околоплодных вод;
- 4) обвитием шеи пуповиной.

61. Причиной ненасильственной смерти новорожденного может быть:

- 1) глубокая недоношенность
- 2) пороки развития;
- 3) гемолитическая болезнь;
- 4) обвитие шеи пуповиной.

62. Под детоубийством понимают убийство младенца:

- 1) отцом;
- 2) посторонним лицом;
- 3) родственником;
- 4) матерью.

63. К признакам смерти от механической асфиксии относят:

- 1) субконъюнктивальные кровоизлияния;
- 2) жидкое состояние крови;
- 3) венозное полнокровие внутренних органов;
- 4) полосчатые кровоизлияния под эндокардом левого желудочка сердца.

64. К признакам смерти от механической асфиксии относят:

- 1) пятна Ларше;
- 2) пятна Тардье;
- 3) положительная проба на пневмоторакс;
- 4) точечные кровоизлияния на фоне трупных пятен.

65. 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) перелом рожков подъязычной кости.

66. При осмотре трупа на месте его обнаружения в случае повешения судебно-медицинский эксперт должен отметить:

- 1) положение тела;

- 2) расстояние от подошв до опоры;
- 3) плотность охвата шеи петлей;
- 4) наличие под петлей элементов одежды.

67. При повешении странгуляционная борозда в типичном случае:

- 1) замкнутая;
- 2) горизонтальная;
- 3) множественная;
- 4) косовосходящая.

68. При повешении могут отмечаться:

- 1) надрывы интимы сонных артерий;
- 2) кровоизлияния в кивательных мышцах у мест их прикрепления к груди и ключицам;
- 3) кровоизлияния в межпозвоночных дисках;
- 4) надрывы связок шейного отдела позвоночника.

69. При сдавлении шеи петлей странгуляционная борозда в типичном случае:

- 1) замкнутая;
- 2) горизонтальная;
- 3) одинаковой глубины на всем протяжении;
- 4) расположена в нижнем отделе шеи.

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

- 1) факт сдавления шеи;
- 2) причину смерти;
- 3) прижизненность формирования странгуляционной борозды;
- 4) характеристику петли.

71. Признаками прижизненного сдавления шеи являются:

- 1) наличие кровоизлияний в ретробульбарной клетчатке;
- 2) анизокария;
- 3) наличие кровоизлияний в местах прикрепления кивательных мышц к груди и ключице;

4) жировая эмболия легких.

72. Признаками механической асфиксии от аспирации рвотных масс могут являться

- 1) наличие рвотных масс в гортани и крупных бронхов;
- 2) наличие точечных кровоизлияний под легочной плеврой;
- 3) жидкая кровь;
- 4) наличие рвотных масс в просвете мелких бронхов и альвеол.

73. Диагностическое значение при утоплении имеет обнаружение планктона:

- 1) в крови
- 2) в почках;
- 3) в костном мозге;
- 4) в легких.

74. Диагностическими признаками утопления являются

- 1) воздушная эмболия правых отделов сердца;
- 2) наличие жидкости в пазухе клиновидной кости;
- 3) «кожа прачки» на кистях рук;
- 4) пятна Рассказова-Лукомского.

75. Развитие острой гипоксии возможно при:

- 1) поражении техническим электричеством;
- 2) воздействии крайних температур;
- 3) обильной кровопотере;
- 4) изменении атмосферного давления.

76. При смерти от общего переохлаждения характерно образование пятен:

- 1) Гардье;
- 2) Ларше;
- 3) Рассказова-Лукомского;
- 4) Вишневого.

77. На наступление смерти от общего переохлаждения может указывать:

- 1) наличие пятен Фабрикантова (точечные кровоизлияния в слизистую лоханок почек);
- 2) обнаружение стекловидного отека в кардиомиоцитах;
- 3) резкое снижение или отсутствие гликогена в печени, скелетной мускулатуре;
- 4) обнаружение обмороженных участков кожи.

78. 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.

79. 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.

80. 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-желтую окраску.

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

- 1) крови;
- 2) синовиальной жидкости;
- 3) цереброспинальной жидкости;
- 4) мышечной ткани.

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

- 1) азотная кислота;
- 2) карболовая кислота;
- 3) уксусная кислота;
- 4) нашатырный спирт;
- 5) сулема.

83. Метгемоглобинемия является ведущим симптомом отравления:

- 1) цианистым калием;
- 2) этиленгликолем;
- 3) оксидом мышьяка;
- 4) бертолетовой солью;
- 5) никотином.

84. При отравлении барбитуратами смерть наступает от:

- 1) паралича сосудистого центра продолговатого мозга;
- 2) паралича дыхательного центра продолговатого мозга;
- 3) острой почечной недостаточности;
- 4) острой печеночной недостаточности.

85. Тяжелой алкогольной интоксикации обычно соответствуют

концентрация этанола в крови:

- 1) не более 0,5‰;
- 2) от 0,5 до 1,5‰
- 3) от 1,5 до 2,5‰;
- 4) от 2,5 до 3,0‰;
- 5) свыше 3,0‰

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

- 1) кровь и мочу;
- 2) кровь и цереброспинальную жидкость;
- 3) кровь и желудочное содержимое;

- 4) мочу и желудочное содержимое;
- 5) кровь, мочу, желудочное содержимое и цереброспинальную жидкость.

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

- 1) соединениями ртути;
- 2) соединениями мышьяка;
- 3) хлорорганическими соединениями;
- 4) фосфорорганическими соединениями;
- 5) медьсодержащими ядохимикатами.

88. Деструктивные яды:

- 1) кислоты и щелочи;
- 2) соединения мышьяка;
- 3) окислители;
- 4) соли тяжелых металлов.

89. К деструктивным ядам относят:

- 1) сулему;
- 2) каломель (хлорид ртути);
- 3) оксид мышьяка;
- 4) сульфат бария.

90. К наркотическим средствам относят

- 1) морфин;
- 2) этанол;
- 3) кокаин;
- 4) этиленгликоль.

91. Выраженным гемолитическим свойством обладают:

- 1) строчки;
- 2) бледная поганка;
- 3) яд змей;
- 4) бертолетова соль.

92. К морфологическим признакам массивного внутрисосудистого гемолиза относят:

- 1) острый пигментный нефроз;
- 2) желтуху;
- 3) лаковый вид крови;
- 4) разлитой характер и насыщенную окраску трупных пятен.

93. Выраженное гемоглобинотропное действие оказывает:

- 1) оксид углерода;
- 2) бертолетова соль;
- 3) анилин;
- 4) соль синильной кислоты.

94. Розоватый оттенок кожного покрова, ярко-алый цвет трупных пятен, крои и мягких тканей наиболее характерны при отравлении:

- 1) цианистым калием;
- 2) метанолом;
- 3) угольной кислотой;
- 4) оксидом углерода.

95. Серовато-буро-коричневый цвет трупных пятен, крови и мягких тканей наиболее характерен при отравлении:

- 1) анилином и его производными;
- 2) нитроглицерином;
- 3) бертолетовой солью;
- 4) солями азотистой кислоты.

96. Поражение почек в виде закупорки канальцев водонерастворимыми кристаллами характерно для отравления:

- 1) фенолом;
- 2) ацетоном;
- 3) сулемой;
- 4) этиленгликолем.

97. Проявлением отравления уксусной кислотой, помимо некроза тканей и специфического запаха от трупа служит:

- 1) массивный внутрисосудистый гемолиз;
- 2) пигментный нефроз;
- 3) дистрофические изменения в печени;
- 4) бронхопневмония.

98. При подозрении на смертельное отравление этанолом необходимо провести:

- 1) судебно-химическое исследование крови и мочи;
- 2) судебно-гистологическое исследование кусочков внутренних органов;
- 3) биохимическое исследование крови и отдельных внутренних органов и тканей;
- 4) общее судебно-химическое исследование внутренних органов и тканей.

99. Соли тяжелых металлов выводятся из организма:

- 1) с мочой
- 2) со слюной;
- 3) с калом;
- 4) при дыхании.

100. Соединительнотканые перемычки в области дна раны характерны для:

- 1) резаных ран;
- 2) рубленых ран;
- 3) рвано-ушибленных ран;
- 4) колотых ран.

101. Дополнительный разрез встречается у:

- 1) рубленых ран;
- 2) колотых ран;
- 3) колото-резаных ран;
- 4) резаных ран.

102. К рубленным ранам следует отнести раны, причиненные:

- 1) обухом топора;
- 2) острием сабли;

- 3) лезвием лопаты;
- 4) ребром тупого предмета.

103. Максимальная ширина погруженной в тело части клинка колюще-режущего орудия:

- 1) не соотносится с длиной раны;
- 2) равна длине раны;
- 3) не менее длины раны;
- 4) не более длины раны.

104. Длина клинка колюще-режущего орудия, причинившего повреждение:

- 1) не соотносится с глубиной раневого канала;
- 2) равна глубине раневого канала;
- 3) не менее глубины раневого канала;
- 4) не более глубины раневого канала.

105. Для установления прижизненного (посмертного) образования ран поврежденные ткани необходимо направить в:

- 1) судебно-химическое отделение;
- 2) медико-криминалистическое отделение;
- 3) гистологическое отделение;
- 4) судебно-биологическое отделение.

106. Кровоизлияния под эндокардом (пятна Минакова) служат диагностическим признаком:

- 1) обильной кровопотери;
- 2) острой кровопотери;
- 3) шока;
- 4) быстрого наступления смерти.

107. Кожный лоскут с повреждением следует сохранить для последующего медико-криминалистического исследования:

- 1) фиксированным в формалине;
- 2) фиксированным в спирте;

3) фиксированным в ацетоне;

4) в высушенном виде.

108. По кровоподтеку можно установить:

1) место приложения травмирующего воздействия;

2) контур повреждающей поверхности предмета;

3) давность образования повреждения;

4) энергию воздействия травмирующего предмета.

109. По ссадине можно установить:

1) место воздействия травмирующего предмета;

2) направление воздействия травмирующего предмета;

3) давность причинения повреждения;

4) характер травмирующего предмета.

110. Диагностическими признаками ушибленной раны служат:

1) осадненные края;

2) вывернутые волосяные луковицы;

3) острые концы раны;

4) соединительнотканые перемычки в глубине раны.

111. Резаная рана характеризуется:

1) зиянием;

2) наличием хотя бы одного острого конца;

3) наличием обоих острых концов;

4) большой глубиной.

112. Резаная рана, как правило, имеет максимальную глубину:

1) на всем протяжении;

2) в средней части;

3) в концевой части;

4) в начальной части.

113. Колотая рана характеризуется:

1) малой площадью;

2) наличием осаднения краев;

3) большой глубиной;

4) дефектом ткани.

114. По колото-резаной ране можно установить:

- 1) ширину клинка;
- 2) количество лезвий клинка;
- 3) толщину обушка клинка;
- 4) длину клинка.

115. Глубину колото-резаных ран следует определять путем:

- 1) послойного вскрытия;
- 2) зондирования пальцем;
- 3) заливки в рану пластических масс;
- 4) исследования зондом.

116. Рубленые раны причиняют предметы, характеризующиеся:

- 1) значительной массой;
- 2) относительно острым лезвием;
- 3) клиновидным поперечным сечением;
- 4) высоким значением энергии удара.

117. К видам деформаций, которые формируют переломы костей относятся:

- 1) растяжение;
- 2) сжатие;
- 3) кручение;
- 4) сдвиг

118. По линейному перелому костей черепа можно установить:

- 1) место приложения травмирующего предмета;
- 2) форму и размеры травмирующего предмета;
- 3) направление воздействия предмета;
- 4) энергию, с которой воздействовал предмет.

119. 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.

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

- 1) кручении шейного отдела позвоночника;
- 2) резких наклонов головы вперед;
- 3) резком сгибании шейного отдела позвоночника;
- 4) резком разгибании шейного отдела позвоночника.

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

- 1) окологрудинным;
- 2) паравертебральным;
- 3) лопаточным;
- 4) подмышечным.

122. Для локальных переломов ребер характерны:

- 1) ровные края излома на внутренней костной пластинке;
- 2) разрыв пристеночной плевры;
- 3) повреждение легкого отломками ребер;
- 4) ровные края излома на наружной пластинке

123. Диагностическим признаком смерти от острой кровопотери служит:

- 1) полнокровие внутренних органов;
- 2) гемоперитонеум;
- 3) пятна Тардье под висцеральной плеврой;
- 4) кровоизлияния под эндокардом (пятна Минакова).

124. 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.

125. 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.

126. 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.

127. При столкновении грузового автомобиля с пешеходом повреждения у последнего формируются вследствие:

- 1) удара частями автомобиля;
- 2) забрасывания тела на капот автомобиля;
- 3) общего сотрясения тела;
- 4) соскальзывания тела с капота и удара о дорожное покрытие.

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

- 1) чрезмерного сгибания;
- 2) кручения;
- 3) чрезмерного разгибания;
- 4) осевой компрессии.

129. При перекаtywании через тело колеса автомобиля на коже может образоваться:

- 1) «первичный щипок»;
- 2) лоскутообразная рана;
- 3) «позитивный» отпечаток рисунка протектора;
- 4) «негативный» отпечаток рисунка протектора.

130. При перекатывании через тело колеса автомобиля повреждения у потерпевшего формируются за счет:

- 1) удара колесом автомобиля;
- 2) сдавления тела между колесом и дорожным покрытием;
- 3) трения-скольжения тела по дорожному покрытию;
- 4) общего сотрясения тела.

1. При перекатывании колеса автомобиля через грудную клетку характерно формирование:

- 1) разрывов кожи в подключичной области;
- 2) переломов ребер по нескольким линиям;
- 3) повреждений остистых отростков позвонков;
- 4) признаков общего сотрясения тела.

132. При перекатывании колеса автомобиля через область живота характерно формирование разрывов:

- 1) органов брюшной полости;
- 2) брыжейки;
- 3) диафрагмы;
- 4) кожи в паховых областях.

133. При подозрении на столкновение автомобиля с пешеходом при судебно-медицинском вскрытии обязательным является:

- 1) указание высоты расположения повреждений на теле потерпевшего от уровня его подошв;
- 2) вскрытие мягких тканей спины, ягодичных областей, нижних конечностей;
- 3) проведение пробы на пневмоторакс;
- 4) вскрытие пазухи основной кости.

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

- 1) повреждению кожи;
- 2) повреждениям на одежде;
- 3) переломам остистых отростков;
- 4) переломам ребер.

135. При лобовом столкновении автомашин 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.

136. При лобовом столкновении автомашин для пассажира переднего сидения 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.

137. 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 вагона;
- 4) падения внутри стоящего вагона.

138. При перекатывании через тело колеса рельсового транспорта повреждения причиняют:

- 1) бандаж колеса;
- 2) реборда;
- 3) боковые поверхности колесного диска;
- 4) головка рельса.

139. Полосу давления формируют:

- 1) бандаж колеса;
- 2) реборда;
- 3) головка рельса;
- 4) боковые поверхности колесного диска.

140. Полосу осаднения (обтирания) формируют:

- 1) бандаж колеса;
- 2) реборда;
- 3) головка рельса;
- 4) боковые поверхности колесного диска.

141. 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.

142. Основными задачами судебно-медицинской экспертизы при расследовании авиакатастроф являются:

- 1) установление механогенеза повреждений у членов экипажа;
- 2) идентификация личности членов экипажа и пассажиров;
- 3) установление месторасположения и позы членов экипажа на момент катастрофы;
- 4) установления причины катастрофы воздушного судна.

143. Для взрывной декомпрессии характерны:

- 1) разрывы барабанной перепонки;
- 2) повреждения слуховых косточек;
- 3) воздушная эмболия;
- 4) «экхимотическая маска».

144. Огнестрельным считают повреждение, причиненное:

- 1) выстрелом из боевого оружия;
- 2) выстрелом из газового пистолета;

3) выстрелом из охотничьего оружия;

4) выстрелом из арбалета.

145. Составными частями боевого патрона являются:

1) гильза с капсюлем;

2) пороховой заряд;

3) пуля;

4) пыж.

146. Калибр нарезного оружия в России определяется по:

1) диаметру гильзы;

2) диаметру канала ствола;

3) диаметру патронника;

4) расстоянию между противоположными полями нарезов ствола оружия.

147. Входную огнестрельную рану могут формировать:

1) пуля;

2) пороховые газы;

3) предпулевой воздух;

4) пыж.

148. К основным признакам входного огнестрельного отверстия относят наличие:

1) дефекта ткани;

2) пояска осаднения;

3) пояска обтирания;

4) зияния краев раны.

149. Форма входной огнестрельной пулевой раны может быть:

1) округлой;

2) овальной;

3) щелевидной;

4) звездчатой.

150. Пулю из трупа следует извлекать:

1) корнцангом;

2) анатомическим пинцетом;

3) хирургическим пинцетом;

4) рукой.

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

1) калибр оружия;

2) вид оружия;

3) количество нарезов в канале ствола;

4) расстояние выстрела.

152. 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.

153. 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.

154. По штанцмарке можно установить:

1) энергию снаряда;

2) дистанцию выстрела;

3) положение пострадавшего в момент причинения повреждения;

4) вид оружия.

155. 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.

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

- 1) близкого расстояния;
- 2) неполным упором;
- 3) боковым упором;
- 4) полным герметичным упором.

157. Металлизацию краев раны можно обнаружить:

- 1) контактно-диффузионным методом;
- 2) гистологическим исследованием;
- 3) спектральным анализом;
- 4) фотографированием объекта в инфракрасных лучах.

158. Выходная огнестрельная рана в ряде случаев может иметь:

- 1) дефект ткани;
- 2) штанцмарку;
- 3) поясок осаднения
- 4) отложение копоти вокруг раны.

159.Квалифицирующими признаками степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека являются:

- 1) степень утраты общей трудоспособности;
- 2) опасность для жизни;
- 3) длительность расстройства здоровья;
- 4) степень утраты специальной трудоспособности.

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

- 1) лечащий врач;
- 2) врач медико-социальной экспертизы;
- 3) фельдшер или акушерка ФАПа;
- 4) судебно-медицинский эксперт.

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

- 1) механизм образования повреждений;

- 2) давность образования повреждений;
- 3) степень тяжести вреда здоровью;
- 4) свойства травмирующего предмета.

162. 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.

163. Опасным для жизни повреждением считают:

- 1) ушиб головного мозга тяжелой степени, сопровождающийся его сдавлением;
- 2) ушиб головного мозга тяжелой степени, не сопровождающийся его сдавлением;
- 3) ушиб головного мозга средней степени при наличии симптомов поражения стволового отдела;
- 4) ушиб головного мозга средней степени при отсутствии симптомов поражения стволового отдела.

164. 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 черепа.

165. Опасным для жизни повреждением считают:

- 1) проникающие ранения живота;
- 2) открытые ранения органов брюшинного пространства;
- 3) проникающие ранения мочевого пузыря;
- 4) повреждение ампулы прямой кишки.

166. К опасным для жизни относится:

- 1) шок тяжелой степени;
- 2) массивная кровопотеря;
- 3) кома I-II степени;
- 4) флегмона.

167. Опасным для жизни повреждением считают:

- 1) перелом тела шейного позвонка;
- 2) вывих шейного позвонка;
- 3) перелом зубовидного отростка I-го шейного позвонка;
- 4) односторонний перелом дуги I-го шейного позвонка.

168. Квалифицирующим признаком вреда здоровью средней тяжести служит:

- 1) неизгладимое обезображивание лица;
- 2) кратковременное расстройство здоровья;
- 3) прерывание беременности на ранних сроках;
- 4) стойкая утрата общей трудоспособности от 10 до 33%.

169. 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.

170. Установление факта обезображивания лица находится в компетенции:

- 1) судебно-медицинского эксперта;
- 2) врача-косметолога;
- 3) врача-эксперта;
- 4) суда.

171. Изгладимость повреждений на лице устанавливает:

- 1) врач -косметолог;
- 2) врач – хирург;

3) суд;

4) судебно-медицинский эксперт.

172. К спорным половым состояниям относится:

1) установление пола;

2) установление наличия беременности;

3) установление бывших родов;

4) установление совершения полового акта.

173. Судебно-медицинская экспертиза наличия беременности основывается на:

1) показаниях освидетельствуемой;

2) данных медицинских документов;

3) результатах опроса родственников;

4) данных объективного осмотра освидетельствуемой.

174. Признаком беременности является:

1) увеличение матки;

2) нагрубание молочных желез;

3) прекращение менструаций;

4) появление выделений из влагалища.

175. Признаком бывшего 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.

176. Способность мужчины к оплодотворению определяется:

1) состоянием сперматогенеза;

2) размерами полового члена;

3) функционированием предстательной железы;

4) степенью эрекции полового члена.

177. Под изнасилованием понимают совершение полового сношения:

1) с лицом, не достигшим совершеннолетия;

2) с использованием беспомощного состояния потерпевшей;

3) в извращенной форме;

4) с угрозой применения насилия.

178. Судебно-медицинский эксперт при проведении экспертизы по поводу изнасилования должен установить:

1) наличие телесных повреждений и их характер;

2) было ли изнасилование;

3) был ли совершен половой акт с потерпевшей;

4) если есть повреждения у потерпевшей, то характерны ли они для изнасилования.

179. Совершение полового акта возможно и без нарушения целостности девственной плевы, если она:

1) высокая;

2) низкая;

3) мясистая;

4) эластичная.

180. Достоверным признаком имевшего место полового акта с потерпевшей является:

1) наличие кровотокающих разрывов девственной плевы;

2) наличие спермы на одежде женщины;

3) наличие спермы во влагалище;

4) венерическое заболевание.

181. Исследуя девственную плеву, судебно-медицинский эксперт должен указать:

1) ее форму;

2) наличие естественных выемок;

3) наличие повреждений;

4) высоту и консистенцию.

182. Давность совершения полового акта с потерпевшей можно установить по:

- 1) по изменениям цвета слизистой влагалища;
- 2) по количеству обнаруженной спермы во влагалище;
- 3) по интенсивности кольца сокращения;
- 4) по особенностям в области разрывов девственной

183. Судебно-гистологическое исследование позволяет устанавливать:

- 1) прижизненность и давность образование повреждения;
- 2) механизм образования повреждения;
- 3) групповые признаки травмирующего предмета;
- 4) индивидуальные особенности травмирующего предмета.

184. Установить групповые признаки образовавшего их травмирующего предмета позволяют все нижеперечисленные повреждения, кроме:

- 1) кровоподтеков;
- 2) вдавленных переломов костей свода черепа;
- 3) дырчатых переломов костей свода черепа;
- 4) кожных ран;
- 5) оскольчатых переломов длинных трубчатых костей.

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

- 1) гистологический;
- 2) биохимический;
- 3) рентгенологический;
- 4) остеометрический;
- 5) сравнительно-анатомический.

186. При падении крови на горизонтальную поверхность образуются:

- 1) потеки;
- 2) мазки;
- 3) пятна;

4) отпечатки;

5) помарки.

187. Из перечисленных лабораторий установление наличия крови на объектах осуществляет:

1) химическая;

2) гистологическая;

3) биохимическая;

4) биологическая;

5) медико-криминалистическая.

188. Судебно-гистологическое исследование позволяет:

1) установить диагноз;

2) установить давность образования повреждения;

3) установить прижизненность образования повреждения;

4) определить вид травмирующего предмета.

189. Судебно-химическое исследование позволяет:

1) установить наличие токсического вещества в образце;

2) установить конкретный путь попадания токсического вещества в организм пострадавшего;

3) исключить наличие токсического вещества в образце;

4) исключить возможность отравления.

190. 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.

191. Исследование объектов в инфракрасных лучах позволяет выявлять:

- 1) наложения копоти на одежде;
- 2) следы крови на одежде;
- 3) старые и подвергшиеся выведению татуировки;
- 4) наложения горюче-смазочных материалов.

192. Исследование объектов в ультрафиолетовых лучах позволяет выявлять:

- 1) наложение копоти на одежде;
- 2) следы крови на одежде;
- 3) наличие ран и ссадин под опачкивающими их наложениями грязи;
- 4) наложения горюче-смазочных материалов.

193. Судебно-биохимическое исследование можно использовать для установления:

- 1) причины смерти;
- 2) давности причинения повреждения;
- 3) прижизненности установления повреждения;
- 4) последовательности нанесения повреждения.

194. Объектом микротрассалогического исследования является:

- 1) кожа;
- 2) мышцы;
- 3) паренхиматозные органы;
- 4) кости.

195. К вещественным доказательствам биологического происхождения относят:

- 1) кровь;
- 2) волосы;
- 3) выделения человека;
- 4) частицы тканей и изолированные клетки.

196. Для установления наличия крови на объекте применяют метод:

- 1) электрофоретический;
- 2) спектральный;
- 3) хроматографический;
- 4) ферментный.

197. При исследовании пятен крови можно установить:

- 1) ее видовую принадлежность;
- 2) ее групповые свойства;
- 3) региональную принадлежность ее;
- 4) кровь от живого человека или от трупа.

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

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

199. У ребенка и у матери А(II) группа крови. Отцом ребенка может быть мужчина:

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

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

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

201. Для установления наличия спермы на объекте используют метод:

- 1) морфологический;
- 2) электрофоретический;

- 3) хроматографический;
- 4) микрокристаллический.

202. При исследовании пятна спермы на объекте устанавливают:

- 1) наличие спермы в пятне;
- 2) ее видовую принадлежность;
- 3) ее групповую принадлежность;
- 4) давность образования пятна.

203. Для установления принадлежности волоса человеку или животному используют метод:

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

204. Волос человека имеет:

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

205. Волос человека отличается от волоса животного по:

- 1) длине;
- 2) толщине;
- 3) цвету;
- 4) соотношению ширины мозгового слоя и коркового вещества.

206. Пигмент волоса человека содержится в:

- 1) кутикуле;
- 2) пигментном слое;
- 3) мозговом слое;
- 4) корковом веществе.

207. О возможности принадлежности или исключения принадлежности волоса определенному лицу решают по:

- 1) длине волоса;
- 2) рисунку кутикулы;
- 3) цвету волоса;
- 4) по установлению соответствия его определенной группе крови.

208. Для вырванного волоса характерно:

- 1) наличие сочной луковицы;
- 2) наличие влагалищных оболочек;
- 3) ступенеобразная поверхность поперечного сечения волоса;
- 4) гладкая поверхность поперечного сечения волоса.

209. Должностным лицом в лечебно-профилактическом учреждении является:

- 1) главный врач;
- 2) главная медицинская сестра;
- 3) ответственный дежурный врач;
- 4) лечащий врач.

210. Причиной врачебной ошибки может служить:

- 1) несовершенство существующих методов диагностики и лечения;
- 2) недостаточная подготовка врача;
- 3) недостаточный опыт врача;
- 4) легкомысленность или небрежность допущенные в работе врача.

211. К врачебной ошибке можно отнести последствия, связанные с:

- 1) неполным обследованием больного;
- 2) несовершенством современных представлений об этиологии и патогенезе заболевания у больного;
- 3) халатностью врача;
- 4) атипичностью течения заболевания у больного.

212. 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.

213. Уважительной причиной отказа от оказания медицинской помощи медицинским работником может быть:

- 1) болезнь медицинского работника;
- 2) оказание медицинской помощи в это время другому больному;
- 3) отсутствие транспортных возможностей добраться до больного;
- 4) нахождение больного в антисанитарном состоянии.

214. В состав судебно-медицинской экспертной комиссии по делу о профессиональных нарушениях медицинских работников могут входить:

- 1) представители правоохранительных органов;
- 2) судебно-медицинские эксперты;
- 3) представители органов здравоохранения;
- 4) ведущие специалисты-клиницисты.

215. 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 медицинского работника в наступлении неблагоприятного исхода.

216. 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 неосторожности в действиях медицинского работника.

217. 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) допросить медицинских работников, участвовавших в лечении больного.

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

1) сведения из медицинских документов;

2) показания родственников больного о его состоянии в период лечения;

3) показания медицинских работников;

4) жалобы самого больного.

219. Получить сведения о диагнозе больного без его разрешения, исходя из понятия «врачебной тайны», могут:

- 1) родственники больного;
- 2) руководители предприятия или учреждения, где работает больной;
- 3) представители средств массовой информации;
- 4) правоохранительные органы.

220. Кто имеет право подписывать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства?

- А) гражданин, нуждающийся в медицинской помощи;
- Б) один из родителей;
- В) законный представитель гражданина;
- Г) медицинский работник;
- Д) все вышеперечисленные.

221. Какие виды экспертиз проводятся в соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ» от 21.11.2011г. №323-ФЗ?

- А) экспертиза временной нетрудоспособности;
- Б) экспертиза качества медицинской помощи;
- В) военно-врачебная экспертиза;
- Г) медико-социальная экспертиза;
- Д) экспертиза профессиональной пригодности;
- Е) экспертиза связи заболевания с профессией;
- Ж) судебно-медицинская;
- З) судебно-психиатрическая экспертиза;
- И) все вышеперечисленные.

222. Какие формы контроля качества и безопасности медицинской деятельности определены в ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ от 21.11.2011г. № 323-ФЗ?

- А) государственный контроль;
- Б) ведомственный контроль;
- В) внутренний контроль;
- Г) все вышеперечисленные.

223. Как часто может гражданин выбирать медицинскую организацию для получения первичной медико-санитарной помощи, в том числе по территориально-участковому принципу?

- А) не чаще чем два раза в год;
- Б) не чаще чем один раз в год;
- В) не чаще одного раза в 2 года.

224. Кто имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией пациента, отражающей состояние его здоровья?

- А) пациент и его законный представитель;
- Б) родственники;
- В) работодатели.

225. Укажите основные принципы охраны здоровья граждан в Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

- А) соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- Б) приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
- В) приоритет охраны здоровья детей;
- Г) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- Д) ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;
- Е) доступность и качество медицинской помощи;
- Ж) недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;
- З) приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;
- И) соблюдение врачебной тайны;
- К) всё вышеперечисленное

226. Перечислите группы повышенного риска для инфицирования ВИЧ:

1. Доноры биологических жидкостей;
2. Родители взрослого ВИЧ-инфицированного;
3. Лица с нетрадиционной сексуальной ориентацией (гомо-, бисексуалы);
4. Лица, перенесшие хирургическую операцию;
5. Работники коммерческого секса;
6. Лица, употребляющие наркотики внутривенно;
7. Лица, проходящие лечение у стоматолога, пациенты гемодиализа.

227. Риск заражения в случае попадания инфицированной крови на неповрежденную кожу:

1. 0,0001;
2. 0,003;
3. отсутствует

228. Назовите отличия в обслуживании ВИЧ-инфицированного пациента при проведении парентеральной процедуры:

1. Одноразовые: маска, халат, перчатки, очки;
2. Одеть двойные латексные перчатки;
3. Наличие дополнительной емкости с дез.раствором максимальной концентрации;

4. Дополнительно обработать руки для проведения хирургических вмешательств
 5. Обработать ногтевые фаланги спиртовым раствором йода из аптечки;
 6. Выполнять процедуру в присутствии дублера.
229. У новорожденного, рожденного от ВИЧ-инфицированной матери антитела к ВИЧ:
1. Присутствуют в крови;
 2. Отсутствуют в крови;
 3. Зависит от того, инфицирован ребенок или нет (внутриутробно).
230. Выберите принципы профилактики полового пути передачи ВИЧ:
1. Избегать случайных половых связей;
 2. Не пользоваться услугами коммерческого секса;
 3. Всегда использовать средства защиты;
 4. Пользоваться услугами коммерческого секса;
 5. Использовать травмирующие секс-игрушки;
 6. Своевременно лечить воспалительные заболевания гинекологической сферы;
 7. Не использовать травмирующие секс-игрушки.
231. Дотестовое консультирование по ВИЧ – инфекции проводится:
1. При наличии любого показания для обследования пациента на ВИЧ – инфекцию;
 2. Только при проведении обязательного обследования пациента на ВИЧ – инфекцию.
232. Для постконтактной химиопрофилактики ВИЧ – инфекции при несчастном случае на производстве используется:
1. Фортоваза;
 2. Калетра (лопинавир/ритонавир)
 3. Зерит;
 4. Комбивир (зидовудин/ламивудин)
 5. Курс ВААРТ сроком на 30 дней;
 6. Антибиотики.
233. Свойствами вируса является:
1. Склонность к мутации;
 2. Способность некоторое время сохранять свойства во внешней среде;
 3. Устойчивость к воздействию радиации;
 4. Сравнительная устойчивость к воздействию радиации;
 5. Устойчивость к воздействию высоких температур.
234. Что нужно сделать при несчастном случае на производстве:
1. Рекомендуется провести эпидрасследование несчастного случая на производстве;

2. Оказать себе самопомощь, используя аптечку для профилактики ВИЧ-инфекции;
3. Сообщить представителю администрации об аварии;
4. Уточнить данные по ВИЧ-статусу пациента или обследовать его на антитела к ВИЧ экспрестестами с последующим обследованием через лабораторию;
5. Сообщить родственникам пациента о факте аварии;
6. Зарегистрировать факт аварии в журнале регистрации несчастных случаев на производстве;
7. Медработнику обследоваться на наличие антител к ВИЧ вскоре после аварии экспрестестами с последующим обследованием через лабораторию;
8. Обратиться к доверенному врачу по ВИЧ-инфекции с целью назначения постконтактной химиопрофилактики;
9. Женщинам медикам рекомендуется выполнить тест на беременность;
10. Начать принимать в течении первых 2-х часов (но не позднее 72 часов) калетру (лопинавир/ритонавир)+комбивир (зидовудин/ламивудин) сроком на 1 месяц
11. Наблюдаться у доверенного врача по аварийной ситуации с последующим обследованием на гепатиты, сифилис, мононуклеоз;
12. Составить акт о несчастном случае на производстве в 3-х экземплярах;
13. Наблюдаться у доверенного врача в течении года, обследоваться на антитела к ВИЧ раз в три месяца;
14. Оповестить всех членов семьи об аварийной ситуации в обязательном порядке;
15. Решить самому медработнику, говорить членам семьи об аварии или нет.

235. Каковы основные цели существующей в настоящее время антиретровирусной терапии ВИЧ-инфекции:

1. Максимальное подавление репликации ВИЧ;
2. Полная элиминация вируса из организма;
3. Сохранение функции иммунной системы;
4. Повышение качества жизни.

236. Дотестовое консультирование по ВИЧ-инфекции включает в себя:

1. Определение наличия или отсутствия у обследуемого индивидуальных факторов риска;
2. Возможные последствия тестирования;
3. Оценку информированности освидетельствуемого по вопросам профилактики ВИЧ - инфекции;
4. Предоставление информации о путях передачи ВИЧ и способах защиты от заражения ВИЧ;

5. Предоставление информации о видах помощи доступных для инфицированного ВИЧ;
 6. Осмотр на наличие признаков заболевания.
237. В каких случаях при обследовании на ВИЧ – инфекцию в обязательном порядке проводится до и послетестовое консультирование:
1. При обследовании на антитела к ВИЧ беременных;
 2. При обследовании на антитела к ВИЧ наркопотребителей;
 3. При обследовании на антитела к ВИЧ доноров.
238. Какие из перечисленных биологических жидкостей инфицированного имеют значение для заражения другого человека:
1. Семенная жидкость;
 2. Моча;
 3. Грудное молоко;
 4. Кровь;
 5. Секрет влагалища;
 6. Слюна;
 7. Слюна с примесью крови;
 8. Цервикальная жидкость.
239. При попадании биологической жидкости (крови) пациента на слизистую оболочку носа рекомендуется обработка:
1. 1% раствором протаргола, 0,05% раствором перманганата;
 2. 2% раствором борной кислоты, 0,01% раствором перманганата;
 3. Промыть водой.